Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 1½ Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

MÜNCHENER

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. — Für Inserate u. Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. Ranke, München. Dr. v. Rothmund, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. Seitz, München. Dr. Winckel, München.

№ 6. 5. Februar. 1889. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: Jos. Ant. Finsterlin, Salvatorstr. 21. 36. Jahrgang.

Originalien.

Aus der k. Universitäts-Frauenklinik in München.

Zum primären Krebs der Vagina.

Von Dr. *Zizold*, internem Arzt an der Klinik.

In einem auffallenden Gegensatz zum primären Uteruskrebs steht bezüglich der Häufigkeit seines Vorkommens der sich primär in der Scheide entwickelnde Krebs.

Während der Uterus dasjenige Organ ist, welches überhaupt am häufigsten an Krebs erkrankt, — nach Virchow kommen von allen Todesfällen an Krebs, bei Männern und Weibern zusammen, 18,5 Proc. auf Rechnung des Uteruskrebses — so betragen die in der Literatur veröffentlichten Fälle von primärem Scheidenkrebs nur einige 40.

Lassen wir einige statistische Angaben folgen:

Nach Eppinger's[1]) Mittheilungen aus der Prager pathologisch-anatomischen Anstalt waren unter den 3149 in der Zeit vom 1. Januar 1868 bis zum 30. Juni 1871 Obducirten, 308 Fälle von Krebs und zwar 106 bei Männern und 202 bei Weibern. Primäre Uteruskrebse fanden sich 79, von denen 35 auf die Scheide übergegriffen hatten. Die Scheide selbst aber war nur in 3 Fällen der Ausgangspunkt des Krebses.

Gurlt's[2]) Statistik der Geschwülste erstreckt sich auf 153,966 Patienten, welche während der Jahre 1855—1878 in den 3 grossen Wiener Krankenhäusern behandelt wurden. Unter diesen befanden sich 59,659 Weiber, von welchen 11,140 an gut- und bösartigen Geschwülsten litten und zwar 7479 an Carcinom. Von diesen Carcinomen gingen 4107 von den Genitalien, exclusive Brustdrüsen aus, und vertheilen sich dieselben folgendermassen: Ovarien 71, Uterus (theils allein, theils mit der Vagina zusammen) 3449, Vagina allein 114, äussere Genitalien 71.

Fassen wir diese 114 Scheidenkrebse alle als primäre auf, was aber wohl kaum der Fall gewesen ist, so ergiebt sich aus diesen Angaben Folgendes:

Nach Eppinger gingen von den an Krebs verstorbenen Frauen 39,1 Proc. an Uteruskrebs und 1,5 Proc. an Scheidenkrebs zu Grunde, nach Gurlt 46,1 Proc. an Uteruskrebs und 1,05 Proc. an Scheidenkrebs.

Ein wesentlich anderes Resultat ergeben die Angaben, welche Walshe[3]) auf Grund der Todenlisten von Paris macht. Nach diesen kamen unter 8289 Todesfällen an Krebs bei beiden Geschlechtern 3076 auf die weiblichen Genitalien und zwar in folgender Vertheilung: Ovarien 64, Uterus 2996, Vagina 14, Vulva 2. Doch glaubt Walshe, dass die Zahl der Uteruskrebse zu hoch angegeben sei. Bezüglich der 14 Vaginalkrebse bemerkt er (S. 430), es fehlten weitere Angaben, wodurch es sichergestellt sei, in wie viel Fällen die Erkrankung primär gewesen.

Nach Walshe kommen also von 3076 Krebsen der weiblichen Genitalien 14 d. i. 0,45 Proc. auf die Vagina, nach Gurlt von 4107 Fällen 114 d. i. 2,7 Proc.

Jedenfalls aber ist die Erkrankung äusserst selten, wenn es auch, worauf Wagner[4]) aufmerksam macht, vorkommen mag, dass der primäre Scheidenkrebs manchmal nicht als solcher erkannt, sondern als gewöhnlicher Uteruskrebs angesehen wird; wenn nämlich die Patientinen wegen der Geringfügigkeit der anfänglichen Symptome sich erst in ärztliche Behandlung begeben, nachdem die krebsige Entartung sich schon auf die Portio ausgebreitet hat. Ist dies in stärkerem Maasse der Fall, so dass die Muttermundlippen oder gar schon der Cervicalcanal mit Krebsmassen durchsetzt und ulcerirt sind, so ist es natürlich nicht mehr möglich zu erkennen, ob Scheide oder Uterus der Ausgangspunkt der Neubildung gewesen ist.

Denn man darf, wie Küstner[5]) bemerkt, durchaus nicht den Schluss machen, dass der am meisten ergriffene Theil, also hier die Vagina, auch der primär erkrankte sein müsse, denn »sowohl der Wucherungs- als der Zerfallprocess hängt von viel zu mannichfachen Zufälligkeiten ab, als dass man daran allein das zeitliche Vor- und Nacheinander des Erkrankens der einzelnen Theile noch erkennen könnte.« Man wird vielmehr in solchen Fällen sich viel eher zu der Annahme neigen, dass man es mit einem Uteruskrebs zu thun habe, der auf die Scheide übergegriffen hat.

Die Ursachen, warum in der Scheide der Krebs so selten primär auftritt, liegen zum Theil schon in dem anatomischen Bau der Scheidenwand. Ein sehr wichtiger Ausgangspunkt für die Carcinomentwickelung sind die Drüsen. Diese sind in der Uterusschleimhaut und besonders in der Schleimhaut der Cervix in reichem Maasse vorhanden, in der Scheide dagegen wird ihr Vorkommen von einigen Autoren ganz in Abrede gestellt, während andere behaupten, dass in der Scheide zwar Drüsen vorkämen, aber nur in sehr geringer Menge.

Auch die Versorgung der Scheide mit arteriellem Blut ist eine geringere als beim Uterus.

Und schliesslich ist noch zu erwähnen, dass das Scheidenepithel eine grosse Neigung zur Verhornung und Abstossung besitzt, was besonders dann hervortritt, wenn ein Theil der Scheide prolabirt ist und die Schleimhaut der Luft und äusseren Schädlichkeiten ausgesetzt ist. Dieser Umstand setzt ebenfalls die Disposition zur Krebsentwickelung herab. Es hat in dieser Beziehung die Scheide mehr Aehnlichkeit mit der äusseren Haut, doch ist in ihr die Neigung zur Carcinomentwickelung noch viel geringer, eben wegen ihrer grossen Armuth an Drüsen.

---

1) Prager Vierteljahrsschrift 1872, pg. 1.
2) Archiv für klinische Chirurgie. Bd. XXV. pg. 421.
3) Nature and treatment of cancer. 1846. pg. 407.
4) Der Gebärmutterkrebs. 1858. S. 134.
5) Archiv für Gynäkologie. Bd. IX, S 284.

Die Veränderungen, welche in der Scheide während der Schwangerschaft und nach der Geburt auftreten, in ersterer die Hypertrophie der Gewebselemente und Auflockerung des Gewebes, im Wochenbett die Rückbildungsprocesse, sind nicht so eingreifend wie im Uterus, auch die traumatischen Einwirkungen während der Geburt nicht so stark, doch wäre es anzunehmen, dass diese Veränderungen, wiederholt hervorgebracht durch eine grössere Anzahl voraufgegangener Geburten, welche in der Aetiologie des Uteruskrebses ein bedeutendes Moment bilden, ein ebensolches auch für die Entstehung des primären Scheidenkrebses abgeben sollten. Dies ist aber nach den bis jetzt mitgetheilten Fällen zu schliessen, nicht in dem Maasse der Fall.

Von grossem Einfluss ist allerdings die Schwangerschaft auf die raschere Entwickelung eines schon bestehenden Krebses.

Dies geht daraus hervor, dass in vielen Fällen die Symptome, welche vorher nicht bedeutend waren, besonders die Blutungen, sich während der Schwangerschaft so steigerten, dass die Patientinen sich gezwungen sahen, jetzt endlich ärztliche Hülfe aufzusuchen.

Auch von den traumatischen Einwirkungen, und zwar weniger von den einmaligen stärkeren als von den schwächeren, aber lang andauernden, wird es allgemein angenommen, dass sie bei der Entstehung des Krebses eine grosse Rolle spielen. In einzelnen weiter unten zu erwähnenden Fällen ist dieser Einfluss auch beim Scheidenkrebs sicher erwiesen.

Um so merkwürdiger ist es daher, dass der Uterusprolaps, durch den doch sowohl für den Uterus wie für die Scheide mannigfache traumatische Einwirkungen herbeigeführt werden, Druck, Quetschungen, Aufscheuern etc., für die Krebsentwicklung kein begünstigendes Moment bildet. Uteruskrebs bei Prolaps ist, wie mehrere Autoren hervorheben, äusserst selten (Chiari, Klinik, pg. 683 theilt zwei solche Fälle mit), und Krebs der prolabirten Scheide ist in der Literatur noch gar nicht beschrieben worden.

Küstner[6]) sucht die Erklärung dieser Thatsache darin, dass »bei der ektropirten Scheide trotz des fortwährend wirkenden pathologischen Reizes wegen des jedenfalls regeren Epithelverbrauches durch Vertrocknung, Verhornung, Abschilferung, die Bilanz zwischen verbrauchtem und neu gebildetem eher gehalten werden könne als bei der in der Lage befindlichen«. Er betrachtet dies als »eine Parallele zu der alten Beobachtung, dass an der Glans penis vorzugsweise dann Carcinom auftritt, wenn die Epidermis glandis durch eine schützende Phimose weich und empfindlich (besonders für verhaltenes Präputialsekret) erhalten wird, wogegen die freigetragene, abgehärtete Eichel gegen maligne Neubildungen relativ immun ist«.

Es erscheint daher wohl gerechtfertigt, einen Fall mitzutheilen, wo sich ein primäres Scheidecarcinom auf einem jahrelang bestehenden totalen Uterusvorfall entwickelte. Dieser Fall wird seit September 1887 in der Klinik des Herrn Geheimrath Prof. Dr. Winckel beobachtet, und ist die Krankengeschichte folgende:

J. M., 47 Jahre alt, Taglöhnersfrau, verheirathet seit 1879. Vater ist früh gestorben, Mutter in hohem Alter. Sechs Geschwister, wovon vier leben; eine Schwester an einem Herzleiden gestorben, ein Bruder im Kriege. Die Menstruation trat zuerst mit 17 Jahren ein und war immer regelmässig.

Patientin hat eine Entbindung durchgemacht, vor 24 Jahren, eine Zangengeburt, angeblich wegen grossen Kindes. Das Wochenbett verlief normal, und trat Patientin sofort wieder in den Dienst. Beim Arbeiten zeigte sich schon gleich eine Geschwulst vor den äusseren Genitalien von Welschnussgrösse, die im Laufe der Jahre an Umfang immer zunahm, Patientin jedoch nicht veranlasste, ärztliche Hilfe aufzusuchen. In seiner jetzigen Grösse soll der Tumor schon seit 15 Jahren bestehen. Im März 1887 zeigte sich an demselben ein Geschwür, aus dem eine plötzliche starke Blutung auftrat. Erst nach Verlauf mehrerer Tage und Anwendung von Compression und styptischen Mitteln stand die Blutung gänzlich, und das Geschwür schien wieder zu verheilen. Doch fanden während des ganzen Sommers kleinere Blutungen statt, auch das Geschwür wurde wieder grösser und tiefer. Mitte September trat wieder eine äusserst heftige Blutung ein, welche Patientin veranlasste, die Klinik aufzusuchen.

Hervorzuheben ist, dass, wie Patientin selbst angibt, das Geschwür an der Stelle entstand, wo beim Gehen der rechte Oberschenkel an der prolabirten Scheidenwand rieb.

Bei einer im Oktober 1887 vorgenommenen Untersuchung ergab sich folgender Befund (siehe Fig. 1): Aus den äusseren Genitalien ragt eine kindskopfgrosse Geschwulst hervor, welche am unteren Rande eine Querspalte von 2 cm zeigt, aus der blaugrauer Schleim hervorquillt. Um den Muttermund befinden sich Reste früherer Schrunden und Narben. Der Scheidentheil grenzt sich noch jetzt gegen das Corpus ab. Die hintere Lippe ist auf mehrere Centimeter verdickt und verlängert, die vordere ist flacher. Ueber der vorderen erhebt sich ein reichlich taubeneigrosser, zum Theil pigmentirter Wulst schräg nach rechts, an welchem sich dann vorn und aussen eine fast handtellergrosse, an den Rändern nach aussen gewulstete und frischroth aussehende, im Centrum buchtige, mit graugelben Massen bedeckte Ulcerationsfläche anschliesst. Die Ausdehnung derselben im Längsdurchmesser beträgt 6, im queren 8 cm. Von der rechten Commissur ist der Beginn 3 cm entfernt. Die nach oben an die Ulceration grenzende Schleimhautfläche ist stark glänzend, etwas infiltrirt und zeigt vermehrte Epithelabstossung. Die Peripherie der ganzen Geschwulst misst 30 cm, der Längsdurchmesser bis zum äusseren Muttermund 15 cm. Auch die übrige Vaginalwand ist verdickt, uneben, mit vernarbten Papeln versehen, stellenweise pigmentirt. Der Muttermund ist fast nach vorn gerichtet, und durch die Palpation, wie durch Sondirung wird erwiesen, worauf schon aus der Form der Geschwulst zu schliessen war, dass der Uterus nach links und hinten mit seinem Grunde bis vor das Labium maj. sin. herausgetreten ist. Die Höhle des Uterus misst $8^1/_2$ cm, der Uteruskörper fühlt sich etwa kleinhühnereigross an, und von demselben ist nach links und nach rechts je ein dünner Strang nach oben in das Becken zu verfolgen. Vor dem Uterus ist die Blase fast in toto herabgetreten, so dass man hinter die Symphyse nur eine kurze Strecke flach nach hinten eindringen kann, dagegen ist das Rectum der hinteren Vaginalwand nicht gefolgt. Ueber dem Fundus kann man einen kleinen flachen Körper, das l. Ovarium, nach links zu verschieben. Sonst ist keine Geschwulst oder Organ durch die Palpation aufzufinden. Es sind weder die inguinalen noch höher gelegenen Drüsen irgend vergrössert, auch bei Druck von oben her erfolgt keine Reaction der Patientin. Der Tumor ist etwas verschieblich und kann mit Mühe und unter Schmerzen reponirt werden.

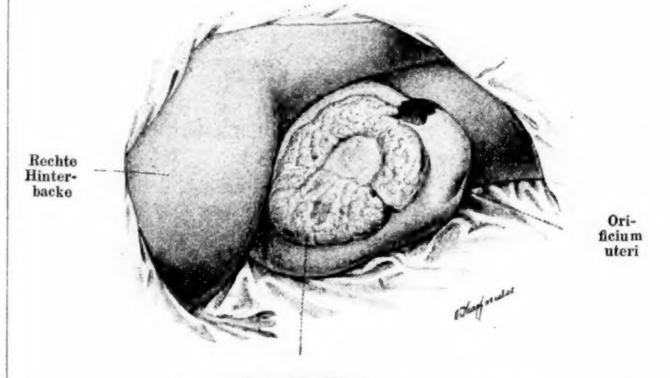


Fig. 1. Primäres Vaginalcarcinom bei totalem Uterusprolaps. Ansicht von hinten rechts (Frau Neumeier, 25. Oct. 87).

[6]) Archiv für Gynäkologie. Bd. IX., S. 288.

Es lautet also die Diagnose: Totaler Uterusprolaps mit Retroflexion, totale Inversion beider Vaginalwände, Cystocele, primäres, flaches, etwa die Hälfte der Vaginalwand einnehmendes cancroides Ulcus.

Am 11. Nov. entfernte Herr Geheimrath Winckel das cancroide Geschwür mit dem Paquelin-Brenner. Central riss hierbei die abzutragende Parthie ein, so dass das dort sehr mürbe Gewebe in geringer Ausdehnung haften blieb. Dasselbe wurde theils mit dem Paquelin noch abgetragen, theils verschorft. Eine stark blutende Art. uterina wurde umstochen und ein Compressionsverband angelegt.

Die Wundheilung war eine normale, die Wunde zeigte gute Granulationen und verkleinerte sich allmählich. Ende Dezember war sie völlig abgeheilt und vernarbt. Wenige Tage darauf wurde dann der Prolaps ohne grosse Schwierigkeiten reponirt, und am 21. Jan. 1888 wurde, um den Uterus in seiner Lage zu erhalten, die Kolpoperineoplastik nach Lawson Tait-Sänger gemacht, wobei die Wunde durch vier tiefe, die Haut nicht mitfassende und fünf oberflächliche Nähte vereinigt wurde. Auch hier war der Heilungsprocess ein normaler, wenn auch die Wunde nicht überall per primam verheilte, und konnte Patientin am 15. Februar auf ihren besonderen Wunsch entlassen werden.

Nach kurzer Zeit relativen Wohlbefindens aber stellten sich zu Hause von neuem Blutungen ein. Diese traten in Zwischenräumen von etwa acht Tagen auf und dauerten zwei Tage. Erst von Mitte April an hörten dieselben auf. Jetzt erholte sich Patientin etwas, so dass sie leichte Hausarbeiten verrichten konnte, fühlte sich aber immer sehr schwach. Anfang Juni jedoch trat wieder eine heftige, mehrere Tage lang dauernde Blutung ein, daneben starker Harndrang.

Am 27. Juni wurde Patientin wieder in die Klinik aufgenommen. Sie war bedeutend abgemagert und litt fortwährend an Blutabgang. Bei der Untersuchung mit dem Speculum zeigte sich die Port. vag. verlängert, der Muttermund ganz nach links stehend. Im obersten Abschnitt der Scheide rechterseits befindet sich ein grosses buchtiges Geschwür, welches auch die Cervix ergriffen hatte. Ebenso war der Uteruskörper krebsig infiltrirt und hatte sich die Degeneration auch schon auf das Beckenbindegewebe ausgebreitet.

Unter diesen Umständen musste sich die Therapie darauf beschränken, das Geschwür auszukratzen und zu cauterisiren, was am 7. Juli vorgenommen wurde. Hierauf hörte die Blutung auch auf, so dass Patientin acht Tage später entlassen werden konnte.

Bei einem Besuche am 2. Oktober befand sich Patientin ausser Bett und wohl im Stande, leichtere Hausarbeiten zu verrichten. Sie gab an, dass sie sich nach Verlassen der Klinik lange Zeit ganz wohl befunden habe. Die ersten zwei Monate habe sie an keinerlei Beschwerde oder Blutung gelitten, Mitte September sei eine geringe Blutung aufgetreten, die nach etwa zwölf Stunden von selbst wieder aufgehört habe, und seitdem sei kein Blutabgang mehr erfolgt. Seit etwa acht Tagen beständen jedoch Kreuzschmerzen, besonders beim Sitzen, beim Gehen weniger, welche auch in beide Leistengegenden ausstrahlten.

Die mikroskopische Untersuchung des am 11. Nov. 1887 entfernten Tumors ergab das charakteristische Bild des Krebses. Es wurden von verschiedenen Stellen Stücke entnommen. Die Kernfärbung geschah mit Haematoxylin, an einigen Schnitten wurde das Gewebe darauf mit Eosin diffus gefärbt. Es zeigt sich das ganze Gewebe (siehe Fig. 2) nach allen Richtungen hin durchsetzt von atypischen Epithelwucherungen, welche in Form von Krebszapfen und -Nestern erscheinen. Das bindegewebige Gerüst ist ziemlich reichlich und stark zellig infiltrirt. Die Krebszellen sind grosse, polymorphe Plattenepithelien und besitzen grosse Kerne mit Kernkörperchen. In der Mitte vieler Zellennester finden sich Epithelperlen (siehe Fig. 3), von denen die grösseren eine deutliche zwiebelschalenartige Schichtung zeigen, indem mehrere concentrische Lagen spindelförmig gestreckter, gebogener Zellen, deren Kerne ebenfalls in die Länge gestreckt sind, einen rundlichen Haufen verhornter Zellen einschliessen. Letztere zeichnen sich durch ihren hellen gelblichen Glanz sehr scharf vor den übrigen Krebszellen aus und zeigen meist noch schwach gefärbte undeutliche Kerne.

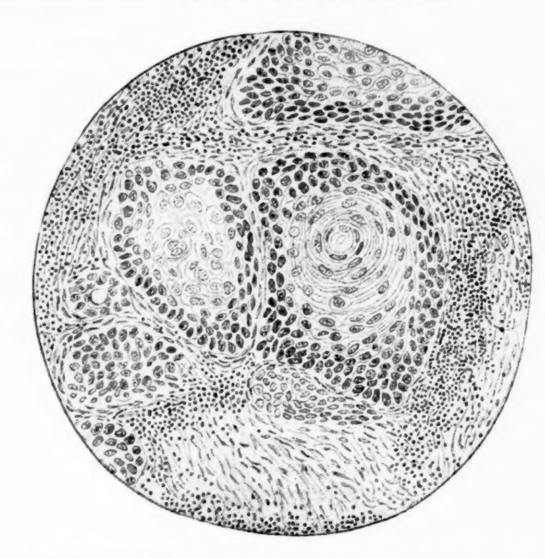


Fig. 2. Primäres Vaginalcarcinom (Frau Neumeier) Zeiss. S. c. Oc. 2.

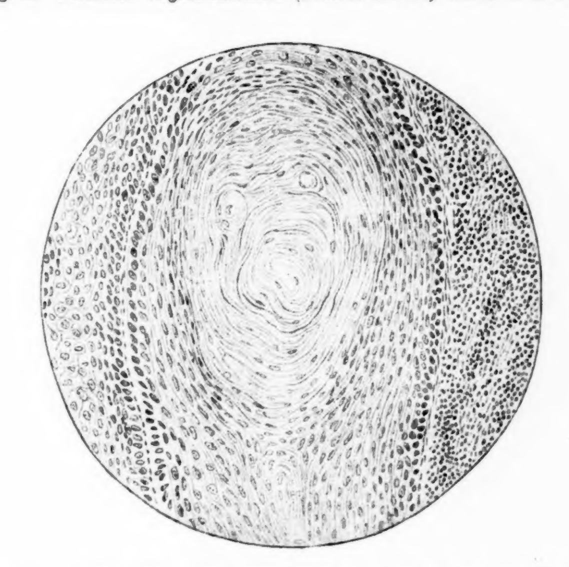


Fig. 3. Epithelperle aus einem primären Vaginalcarcinom (Frau Neumeier) Zeiss. S. c. Oc. 2.

An einzelnen Stellen sind diese verhornten Zellenhaufen aus den Schnitten herausgefallen, so dass hier rundliche Lücken erscheinen.

Es gehört also der Tumor zu den als Horncancroide bezeichneten Plattenepithelkrebsen.

(Schluss folgt.)

Aus der chirurgisch-orthopädischen Privatklinik des Privatdocenten Dr. A. Hoffa zu Würzburg.

Ein Beitrag zur Arthrodesis paralytischer Gelenke.

Von Dr. med. *Hermann Euringer*, Assistent der Klinik.

Es dürfte kein nutzloser Versuch sein, durch folgende Zeilen auf den Werth einer chirurgischen Operation hinzuweisen, die noch allzuwenig gekannt und geübt ist, trotzdem ihre Technik nicht zu grosse Anforderungen stellt und sie recht günstige Resultate aufzuweisen vermag.

Unter Arthrodesis oder Arthrokleisis, darum handelt es sich, versteht man die künstliche Verödung oder Ankylosirung eines Gelenkes, welche den Zweck hat, die betreffende,

unbrauchbare Extremität möglichst brauchbar und von orthopädischen Apparaten unabhängig zu machen, kurz, wie sich Albert [1] der Erfinder dieser Operation ausdrückt, dieselbe in eine »lebendige Stelze« zu verwandeln.

Wir rechnen die Urheberschaft dieser Operation Albert zu, denn er führte sie zuerst in zielbewusster Weise aus. Es besteht aber kein Zweifel darüber, dass auch schon vor Albert künstliche Ankylosirungen von Gelenken gemacht wurden.

Es sei mir gestattet, kurz eines derartigen interessanten Falles zu erwähnen, den Dr. Louis Bauer [2] in New-York im Jahre 1860 operirte.

Die Operation betraf einen 14jährigen Knaben, der sich nach einer traumatischen Epiphysen-Trennung am unteren Femurende eine einem Genu valgum ähnliche Deformität am linken Kniegelenke zugezogen hatte. Der äussere Condylus fehlte ganz, der innere war bedeutend vergrössert. Die Kniegelenksfläche des Femur und der Tibia berührten sich nur theilweise, so dass ein Schlottergelenk entstanden war und man die Gelenkflächen so stark rotiren konnte, dass die Wade fast nach vorn zu stehen kam.

Bauer resecirte nun in diesem Falle die Gelenkkörper des Kniegelenkes, excidirte die Synovialkapsel sammt der Kniescheibe, trug ein bedeutendes Segment des übermässig langen, inneren Condylus ab und vereinigte die Knochenwunde des Femur mit jener der Tibia durch Eisendraht. »Die Heilung erfolgte wunderbar, so dass der Knabe im 2. Monat schon auf die Strasse ging.«

Albert [3] selbst machte die erste seiner Arthrodesen erst 18 Jahre später und zwar in einem Falle von spinaler Kinderlähmung mit totaler Paralyse der unteren Extremitäten. Er resecirte beide Kniegelenke nach der Methode von v. Volkmann und erzielte dadurch eine Ankylose derselben in Streckstellung. Nach Anlegung eines kleinen Fixirungsapparates für die Fusswurzelgelenke konnte die Operirte dann mit 2 Krücken, allerdings mühsam gehen; aber sie ging doch wenigstens, während sie früher herumgetragen werden musste.

Nach dem Bekanntwerden dieser ersten Arthrodese sind nun Operationen der Art des öfteren versucht worden und ich möchte mir erlauben, ebenfalls einen einschlägigen Fall mitzutheilen, den Herr Dr. Hoffa operirte und mir zur Publication gütigst überlassen hat.

M. D., 17jähriges, gut entwickeltes Mädchen von hier, wurde am 4. Januar 1887 in die Klinik aufgenommen. Ueber die Entstehung der Krankheit der Patientin lies sich von den Eltern Folgendes ermitteln.

Im 2. Lebensjahre wurde Patientin von einer fieberhaften Krankheit befallen, welche etwa 4 Wochen andauerte und eine Lähmung beider unteren Extremitäten zurückliess. Nach einiger Zeit kehrte die Gebrauchsfähigkeit des linken Beines theilweise zurück, während das rechte gelähmt blieb.

Bäder, Einreibungen, elektrische Behandlung, jahrelang abwechslungsweise versucht, vermochten keine nennenswerthe Besserung in dem Zustande herbeizuführen. Vor 3 Jahren bekam Patientin für beide Extremitäten Schienenhülsenapparate, in denen sie sich mit Hilfe von Krückenstöcken einigermassen fortzubewegen vermochte.

Bei der Aufnahme in die Klinik zeigte das rechte Bein das ausgesprochene Bild einer lange bestehenden Lähmung. Es war durchaus kraftlos, blau und kalt; Knie- und Fussgelenke völlig schlottrig. Jede Spur einer Bewegung in den Muskeln erloschen; nur die grosse und die 2. Zehe konnten minimal gestreckt werden. Die elektrische Erregbarkeit in den gelähmten Muskeln war erloschen, das rechte Bein ausserdem $1^1/_2$ cm kürzer als das linke. Blase und Mastdarm intact.

Am 24. IV. wurde, nachdem zunächst während einiger Monate eine Massagebehandlung eingeleitet worden war, die Arthrodesis am rechten Fussgelenke ausgeführt. Das Gelenk wurde durch zwei seitliche Schnitte freigelegt, von den Gelenkkörpern die Knorpel abgetragen und ein Jodoformgazestreifen durch das Gelenk hindurchgezogen. Sublimatgazeverband. Nach 8 Tagen wurde der Gazestreifen aus dem Gelenke herausgezogen. Nach weiteren 3 Wochen war Alles verheilt. Darauf noch 2 Monate lang Gypsverbände. Trotzdem trat keine vollständig knöcherne Analyse auf. Der in leichter Spitzfussstellung stehende Fuss kann vielmehr noch passiv in geringer Ausdehnung gebeugt und gestreckt werden. Durch tägliche Massage und Behandlung mit Electricität wurde die gelähmte Musculatur dann noch weiter gekräftigt, so dass jetzt Patientin mit 2 Stöcken zur Zufriedenheit gehen kann, das operirte Gelenk aber festen Halt gewährt.

Stellen wir nun die bis jetzt operirten, uns aus der Literatur zugänglichen Fälle von Arthrodesen zusammen, um an der Hand dieser Tabelle eine Uebersicht über den gegenwärtigen Stand und den Werth dieser Operation zu geben! (siehe S. 93 u. 94.)

Die Mehrzahl (36) dieser Fälle betreffen Extremitäten, die in Folge von Poliomyelitis gelähmt waren. Betrachten wir zunächst die Indicationen der Arthrodese bei dieser Erkrankung, so erfordern gewiss nicht alle Fälle von essentieller Kinderlähmung die Arthrodese. Man wird dieselbe vielmehr nur dann vornehmen, wenn die bestehenden Paralysen nicht mehr zu heilen sind und hochgradige Bewegungsstörungen veranlassen, während die durch die Operation gewissermassen zu einem Ganzen gewordenen Glieder noch durch functionstüchtige Muskeln des centralwärts gelegenen Gelenkes bewegt werden können.

Dieser letztere Zweck wird ja bekanntlich zuweilen durch einen einzigen Muskel erreicht. So hat Ross nachgewiesen, dass bei spinalparalytischen Beinen der Ileopsoas in der Regel intact bleibt und allein zur Vorwärtsbewegung der im Knie- und Fussgelenk ankylotischen Extremität genügt.

Nach Arthrodese des einen Hüftgelenkes könnte beim Intactsein beider Quadrati lumborum und des Gelenkes der andern Seite durch Drehung des Beckens in diesem letztern das Gehen ermöglicht werden.

Ferner wurde die Arthrodese ausgeführt zur Heilung paralytischer Klump- und Plattfüsse. Sie bildet dabei in der Regel nur eine Theiloperation und wurde z. B. in dieser Weise nach Talusexstirpationen wegen pes varus paralyticus vorgenommen von Lorenz, Helferich und Ried.

Bei Plattfuss hat Zinsmeister vorgeschlagen im Talonaviculargelenk oder im Talocruralgelenk den redressirten Plattfuss zu fixiren. Er hat darüber am Cadaver Versuche mit günstigem Erfolge gemacht.

Gluck [21] hat vor Kurzem eine ähnliche Operation ausgeführt, indem er von einem nicht zu redressirenden Pes valgus Theile des Talus und Naviculare resecirte und so den Plattfuss behob.

Auch nach Amputationen am Unterschenkel kann die Arthrodese in Frage kommen und zwar um die lästige Deviation des Stumpfes nach hinten zu verhüten (Zinsmeister). Bisher scheint aber in diesem Falle noch keine derartige Operation ausgeführt worden zu sein.

Eine weitere Indication zur Arthrodese bilden die myopathischen und habituellen Luxationen. So hat Wolff bei einem Patienten der ersteren Art die Arthrodese gemacht und eine bändrige Vereinigung zwischen Humerus und Pfanne erzielt und so hat auch Albert in einem Falle von habitueller Luxation der Schulter mit gutem Erfolge operirt.

Schüssler [22] verwirft jedoch auf Grund eigener Beobachtung die Arthrodese in dem Schultergelenk, weil die durch die Ankylose ausser Thätigkeit gesetzten Muskeln atrophiren und die in ihrem Bereiche liegenden Knochen im Wachsthum zurückbleiben. Er empfiehlt einen orthopädischen Apparat, Massage und active und passive Bewegungen.

Nr.	Autor	Alter und Geschlecht	Krankheit	Operation	Complicationen und Verlauf
1	Albert	— J. weibl.	Essentielle Paralyse beider Unterextremitäten.	Arthrodese in beiden Kniegelenken (nach Volkmann).	Patient früher stets getragen, kann mit Krücken gehen.
2	Albert[4])	22 J. männl.	Paralyse, Knie und Fussgelenk haltlos.	Resection des Kniegelenkes mit Durchsägung der Patella.	Vollständige Ankylose im 4. Monat im Knie. Fixationsapparat für das Fussgelenk.
3	Albert	13 J. weibl.	Fötale, essentielle Lähmung im 8. Jahre. Knie und Fuss haltlos.	Resection des linken Kniegelenkes. Anfrischung der Patella und Befestigung an der Fossa patellaris.	Vollkommene Ankylose.
4	Albert	10 J. weibl.	Essentielle Lähmung beider Beine.	Resection des rechten Kniegelenkes mit Abtragung der Gelenkflächen der Tibia und des Femur. Silbersuturen.	Stützapparat; nach 7 Wochen geht das Kind befriedigend.
5	Albert	11 J. weibl.	Essentielle Lähmung seit 10 Jahren.	Abtragung des Knorpelüberzuges vom Taluskörper und von der Gelenkfläche der Fibula.	Nach 9 Wochen mit Stützapparat entlassen.
6	Albert[5])	4 J. weibl.	Paralytisches Ellbogen- und Schultergelenk (Spinale Monoplegie).	Arthrodese im Schultergelenk.	Erfolg nicht befriedigend.
7	Albert	10 J. weibl.	Paralyse beider Beine seit dem 3 Jahre.	Arthrodese im rechten Kniegelenk. H Schnitt. Patella entfernt. Knorpelfläche mit Rasiermesser abgetragen. Silberdraht.	Nach 20 Tagen noch eine Spur von beweglichem Stützapparat für den Fuss.
8	Albert	11 J. weibl.	(Paralyse), pes equinovarus paralyticus sin.	Arthrodese im linken Sprunggelenk. Abtragung des Knorpels.	Nach 9 Wochen Talus fest mit Tibia verwachsen.
9	Albert	19 J. weibl.	Habituelle Luxation der Schulter.	Abtragung der Knorpelflächen vom Humeruskopf und der cavit. glenoid. mit Meissel und scharfem Löffel. Naht mit Känguruhsehne.	Verlauf reactionslos. Resultat feste Ankylose in d. gewünschten Mittelstellung.
10	Albert[6]) (Zinsmeister)	18 J. männl.	Spinale Paralyse der linken unteren Extremität.	A. Arthrodese im Sprunggelenk. B. Resection des Kniegelenks, H Schnitt.	Erysipel, Abscesse. Nach der Heilung Necrosenbildung. Nach 9 Monaten geheilt und gehfähig.
11	Albert	12 J. weibl.	Per varus paralyticus.	Arthrodese im Sprunggelenk.	Nach 2 Monaten entlassen, mit ankylot. Fuss, geht relativ gut.
12	Albert	15 J. weibl.	Im 3. Monate Fraisen, Schwäche des r. Beines; per varus paralyticus.	Arthrodese im Sprunggelenk.	Fuss vollständig ankylotisch, geht ohne Stütze vollkommen gut.
13	Albert	14 J. weibl.	Poliomyelitis ant. acut. in dem 6. Lebensjahre, als deren Folge Parese der linken unteren Extremität. Per varus paralyt. sin.	A. Resection nach Volkmann. Silberdrahtsutur. B. Arthrodesis nach Langenbeck.	A. Eiterung, nach 6 Wochen völlig ankylotisches Kniegelenk. B. Geringer Grad von pes varus besteht noch. Knöcherne Ankylose. Pat. geht schmerzlos.
14	Albert	17 J. weibl.	A. Paralyse des l. Beines nach Typhus. B. Pes varus dexter. C. Pes valgus sinistr.	A. Resection nach Volkmann im linken Knie. B. Arthrodese im rechten Fuss. C. Arthrodese im linken Fuss.	A. Starre Ankylose. B. Verkürzung von 1 cm. C. Nicht vollständige Ankylose. Geringer Valgus. Patientin vermag eine Stunde ohne Ermüdung und Schmerz zu gehen.
15	Albert	16 J. weibl.	Essentielle Kinderlähmung. Linkes Bein gelähmt Pes valgus paralyticus.	Arthrodese — n. Textor im Kniegelenk.	Starre Ankylose. Mit Stützapparat geht Patientin ohne Krücken ganz gut, was zuerst unmöglich. (Patientin will sich auch im Sprunggelenk die Ankylose machen lassen).
16	Albert	11½ J. weibl.	Nach Blattern linke Körperhälfte paretisch. Per varoequin. sin. zurückgeblieben.	Arthrodese.	Fuss ankylot., geringe Varus-Stellung; geht eine halbe Stunde ohne Beschwerden, früher nur mit Krücken.
17	Albert	10 J. männl.	Pes equino-varus paralytic.	Arthrodese.	Früher mit Krücke und Stock geht Patient 2 Monate nach der Operation im erhöhten Schnürschuh, ohne zu sinken. Ankylose.
18	Albert	30 J. männl.	Paralyse.	Arthrodese im rechten Kniegelenk.	Verlauf des Falles günstig.
19	Albert	29 J. männl.	Pes varus paralyticus dexter und poliomyelitis.	Talusexstirpation (Maydl). Damit die knorpelige Hülle von Tibia und Fibula einer- und Calc. und Navicul. andererseits, mit Hohlmeissel entfernt und die Knochenflächen so adaptirt, dass der Fuss im ⊥ gebeugt steht (Gypsverband).	Bändrige Ankylose; erhöhter Stützschuh. Patient tritt vollkommen plantigrad auf.
20	Albert	14 J. weibl.	Starke paralytische Beugecontractur beider Hüftgelenke; Beugecontractur im Knie; Fuss Klumpfussstellung.	Arthrodose.	Nach 10 Wochen Ankylose, geht mit grosser Sicherheit.
21	Winiwarter[7])	—	Totale infantile Paralyse der unteren Extremitäten.	Arthrodesis in den Knie- und Fussgelenken. Am Knie: Quere Durchtrennung der Patella. Entfernung der Gelenk- und halbmonförmigen Knorpel. Tibia mit Femur durch Drahtsuturen verbunden. Patella vernäht und an dem Femur angenagelt.	Heilung reactionslos. 2 Monate später Tod an Diphtherie. Section: Kniegelenke völlig ankylosirt. Epiphyse intact.
22	Wolff[8])	— männl.	Myopathische Schultergelenksluxation (schlaff herabhängender Arm).	Arthrodese des Schultergelenkes.	Kann den Arm relativ gut gebrauchen (Bändrige Vereinigung zwischen Humerus und Pfanne).
23	v. Lesser[9])	6¼ J. männl.	Per varus paralyticus (Lähmung der Peronei).	Arthrodese.	Nach 6 Wochen fibröse Ankylose. Patient konnte sicher auftreten u. gehen.
24	Helferich[10])	11 J. weibl.	Paralyse nach Typhus; pes varo-equinus d., pes valgoequinus sin.	Resection nach Volkmann im rechten Kniegelenk.	Vollkommen feste Ankylose im Knie. Für die Fussgelenke rechts Taylor'scher Apparat, links Plattfussstiefel.

Nr.	Autor	Alter und Geschlecht	Krankheit	Operation.	Complicationen und Verlauf.
25	Helferich	4 J. weibl.	Paralyse beider Beine und acuter Gelenkrheumatism. Pes varus cong. duplex.	Arthrodese im linken Knie.	Vollkommen knöcherne Ankylose. Pat. geht ohne Stock; kann aber nicht lange ohne Schmerzen gehen.
26	Helferich	15 J. weibl.	Pes varus inveter. paralyticus.	Talusexstirpation und Arthrodese im Calcaneo-Cruralgelenk rechts und links.	Ankylose (knöcherne). Function befriedigend.
27	Lorenz [11]	—	Infantile Lähmung des linken Unterschenkels.	Arthrodese zwischen Tibia und Calcaneus nach vorhergegangener Talusexstirpat.	Mit sehr gutem Resultat.
28	v. Wahl [12]	17 J. weibl.	Pes equinus.		Fieber, Schmerzen; nach 8 Wochen knöcherne Ankylose. Beim Gehen starke Schmerzen.
29	Rydygier [13]	—	Pes varus paralyticus.	Arthodese im Fussgelenk zwischen Tibia, Fibula und Talus.	Ankylose in richtiger Stellung in beiden Fällen.
30	Rydygier	—	Pes varus paralyticus.		
31	Nicoladoni [14]	11 J. männl.	Pes equinus paralyticus.	Arthrodese im Sprunggelenk.	Knöcherne Ankylose. Patient geht gut.
32	Nicoladoni	4 J.	Paralyse.	Arthrodese im Sprunggelenk.	Das Kind geht mit Krücken, während es früher nur kriechen konnte.
33	Lampugnani [15]	8 J. weibl.	Luxat. coxae cong. sin.	Arthrodese.	Heilung gut, Resultat sehr günstig.
34	Ried [16]	6 J. männl.	Per varus dexter congenitas.	Exstirpatio tuli dextri; resectio partialis ossis calcanei et cuboidei.	Keine Synostose zwischen Calcanei und Cuboidei. Pat. geht, läuft u. springt.
35	Heusner [17]	— weibl.	Congenitale Hüft-Gelenkluxation.	Arthrodesis im linken Hüftgelenk.	Patientin kann eine halbe Stunde weit ohne Ermüdung gehen, was vorher unmöglich.
36	Hoffa	17 J. weibl.	Poliomyelitis. Paralyse der rechten unteren Extremität.	Arthrodese im rechten Fussgelenk.	Bändrige Vereinigung. Patientin geht relativ gut.
37	Reyher [18]	—	Congenitale Hüftgelenkluxation.	Reyher entfernte den Kopf des Femur, adaptirte darauf den Halstheil desselben an das angefrischte Acetabulum.	In 3—4 Monaten waren die Patienten im Stande zu gehen.
38	Reyher	—	Congenitale Hüftgelenkluxation.		
39	Reyher	—	Veraltete traumatische Hüftgelenkluxation.		
40–46	Margary [19]	—	dreimal einseitige, viermal doppelseitige Hüftgelenkluxationen. (?)	Arthrodesen. Die Operirten lagen zwei Monate in Extension, dann standen sie auf mit einem Corsett und gingen 6 Monate mit Krücken, später mit einem Stock.	Die Lordose war corrigirt, ebenso die Prominenz der grossen Trochanteren, das Hinken beseitigt.
47–49	Margary	—	Beiderseitige Hüftgelenkluxationen.	Arthrodese.	Resultate noch nicht bekannt.
50	Albert [20]	—	Congenitale Hüftgelenkluxation.	Arthrodese.	Resultate noch nicht bekannt.

Es kamen also im Ganzen seit dem Jahre 1878 an 50 Patienten 69 Arthrodesen zur Ausführung und zwar an den

unteren Extremitäten: an den Fussgelenken	22	64	68.
» » Kniegelenken	16		
» » Hüftgelenken	26		
oberen Extremitäten: » » Ellenbogen	—	4	
» » Schultern	4		

Endlich kann man auch die in letzterer Zeit ausgeführten Operationen bei angeborenen Hüftgelenksluxationen als Arthrodesen bezeichnen, insofern ja nach Resection des Hüftgelenkkopfes eine Fixation des Gelenkes durch die Operation erzielt werden soll.

Albert, Margary, Heusner, Reyher und Rose haben derartige Operationen ausgeführt. Margary hat seine Resultate in dem Arch. di ortopedia vom Jahre 1884 niedergelegt, woselbst auch die einschlägigen Fälle der genannten Autoren gewürdigt werden.

Ob die Arthrodese im Tarsus statt der von Nicoladoni [23] erfundenen und ausgeführten Sehnentransplantation bei Pes calcaneus bessere Erfolge aufzuweisen hätte, wie Zinsmeister meint, kann bis jetzt nicht entschieden werden.

Was die Operationstechnik anbetrifft, so gehen der eigentlichen Arthrodese je nach dem Falle zuweilen kleinere Eingriffe, wie Tenotomien, Aponeurotomien, Anlegung von Gypsverbänden vorher.

Die Operation der Arthrodese selbst fällt mit den üblichen Resectionsmethoden zusammen, nur dass nicht die Gelenkkörper entfernt, sondern allein die oberflächlichen Knorpellagen dieser letzteren abgetragen werden.

Die Heilung der Wunde darf nicht per primam angestrebt werden, da sonst keine knöcherne Verbindung entsteht. Es werden vielmehr die Heilungen durch Granulationsbildungen bevorzugt und zu dem Zwecke in der Regel Jodoformgazestreifen durch die Gelenke hindurchgezogen. Knochennaht kann entbehrt werden. Dann folgt Anlegung eines Verbandes und Fixation des Gliedes. Nach 4—5 Wochen kann man die Resectionsschiene oder den starren Verband weglassen; nach weiteren 4 Wochen kann der Patient die operirte Extremität gebrauchen. Für die unteren Extremitäten empfehlen sich für den Anfang entsprechende Stützapparate, die jedoch bald weggelassen werden können.

Was die Resultate anlangt, so sind sie, wie aus den mitgetheilten Fällen, in der grössten Anzahl wenigstens, ersichtlich ist, äusserst günstige. Das Ziel der Operation eine Ankylose und Selbstständigkeit der Extremität, wurde fast stets erreicht. Die Patienten sind nach der Operation des Tragens schwerer, unbequemer und was nicht zu unterschätzen, theurer Apparate überhoben, während die Pflege der Haut und der Musculatur leichter möglich wird.

Die Verkürzung nach der Arthrodese wird nur so gross sein, als die Dicke der beiden Knorpelflächen beträgt, die entfernt worden sind, wird also nach Jahren selbst keine so grosse sein als nach einer Resection.

Da die Epiphysen geschont werden, so wird auch im weiteren Verlauf des Wachsthums keine Zunahme der Verkürzung auftreten.

Benützte Literatur.

1) Albert, Lehrbuch der Chirurgie. Bd. II. S. 524.
2) Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie. Bd. III. 1862.
3) Albert, Beiträge zur operativen Chirurgie, 1880. Heft II.
4) Derselbe, Wiener med. Presse, 1882. Nr. 23.
5) Derselbe, Centralblatt für Chirurgie, 1881, Nr. 48.
6) Zinsmeister, Ueber die operative Behandlung paralytischer Gelenke (Arthrodese). Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 26. Band, 5. u. 6. Heft.

[7]) Winiwarter, XIV. Congress der deutschen Gesellschaft für Chirurgie, 1885.
[8]) Wolff, Deutsche med. Wochenschrift, 1886, Nr. 13 u. 20.
[9]) v. Lesser, Centralblatt für Chirurgie, 1879 und 1886.
[10]) Holtmeier, Inauguraldissertation, 1888. Ueber Arthrodesis, Greifswald.
[11]) Allgemeine med. Zeitung, 1887. Nr. 12, 13, 14.
[12]) Sack, Inauguraldissertation, 1880. Dorpat.
[13]) Rydygier, Centralblatt für Chirurgie, 1886.
[14]) Nicoladoni, siehe Holtmeier.
[15]) Lampugnani, Centralblatt für Chirurgie, 1886.
[16]) Ried, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1885—86.
[17]) Heusner, Langenbeck's Archiv f. klin. Chir. Bd. 31, 1885.
[18]) Reyher, Centralblatt für Chirurgie, 1885. Nr. 14.
[19]) Margary, Centralblatt für Chirurgie, 1885. Nr. 42.
[20]) Albert, Centralblatt für Chirurgie, 1888.
[21]) Gluck, siehe Zinsmeister.
[22]) Schüssler, Berliner klinische Wochenschrift, 1887.
[23]) Nicoladoni, Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie. Bd. XXVI. S. 488.

Ueber die Behandlung gangränöser Hernien.

Von Dr. *Ferdinand Klaussner*, Docent für Chirurgie und I. Assistenzarzt an der kgl. chirurgischen Universitäts-Poliklinik zu München.

(Nach einem im Münchener ärztlichen Verein am 5. December 1888 gehaltenen Vortrage.)

(Schluss.)

V. Krankengeschichten.

Bei dem Interesse, das die praktisch so wichtige Frage der Behandlung brandiger Hernien erregen muss, dürfte es angezeigt sein, die einzelnen Ergebnisse der primären Resection bei gangranösen Brüchen auch weiterhin noch zu sammeln, da es nur so möglich wird, endlich zu sicheren Schlussresultaten zu gelangen.

Ich gestatte mir daher, die bereits vorhandene (von Madelung, Rydygier, Reichel gelieferte) und von Jaffé bis zum Jahre 1883 fortgeführte Statistik durch Anreihung der seit dieser Zeit bekannt gewordenen Fälle — so weit mir die Literatur zugängig war — zu ergänzen und schliesslich zwei von mir selbst beobachtete und operirte Fälle anzureihen.

I. Fall. Riedel[1]) berichtet von einem Falle, in dem eine eingeklemmte Cruralhernie Anlass zu Darmresection gab; die Darmschlinge war wie ein forcirt gebogener Finger gekrümmt und an den Knickungswinkeln fand sich Verklebung der Serosa; die Verschlusserscheinungen bestanden fort, nachdem zunächst bei der Herniotomie die Verklebung gelöst war; auch nochmalige Lösung nach Wiedereröffnung der Wunde half nichts; deshalb wurde der Darm resecirt. Heilung ungestört.

II. Fall.[2]) Prati resecirte bei einer 61jähr. Kranken, deren hühnereigrosse linksseitige Schenkelhernie nach 5tägiger Einklemmung brandig geworden war, 21 cm Dünndarm mit nachfolgender Darmnaht. Der Tod erfolgte 28 Stunden später am Shock, ohne dass sich ein Erguss in die Bauchhöhle fand; die Darmnaht hatte gehalten.

III. Fall.[3]) 33jähriger Mann mit linksseitigem Leistenbruch; dieser seit 20 Jahren bestehend; seit 2 Tagen Einklemmung des Bruches; Reposition. Fortdauern der Einklemmungserscheinungen; neuerdings Auftreten des Bruches drei Tage später. Narcose. Taxis unmöglich. Operation; Vorlagerung einer blaurothen, gangranösen Darmschlinge. Resection (concave Seite 15, convexe Seite 18 cm); Ausschneiden eines kleinen Keiles aus dem Mesenterium. An diesen 4 Knopfnähte, am Darm ca. 28 Suturen. Erweiterung des Ringes. Reposition. Drain. In der nächsten Nacht flatus; am 7. Tage Stuhl nach Klysma. — Pat. machte nebenbei eine Pneumonie durch. Nach einem Monat gut geheilt entlassen.

IV. Fall.[4]) Resection eines 17 cm langen Darmstückes (Dünndarmschlinge) bei brandiger Leistenhernie, Abbinden eines Netzklumpen, Hervorziehen der Darmschlinge, Tamponade des Leistenkanales, 8 Suturen am Darm, 4 am Mesenterium, Reposition. Durch heraushängenden Faden der Mesenterialsutur wird die Darmschlinge in der Nähe des Leistenkanales erhalten. 2 Drain. Bildung einer in einigen Wochen sich spontan schliessenden Stercoralfistel.

V. Fall.[5]) 52jähriger Mann. Seit 14 Tagen Einklemmungserscheinungen; Pat. sehr herabgekommen. Rechtsseitige taubeneigrosse Inguinalhernie. Nach Incision des Bruchsackes entleert sich stinkender Eiter; Erweiterung der Bruchpforte. Darmwand necrotisch (Littré'sche Hernie). Resection von 8 cm Darm; Mesenterium nach Massenligatur durchtrennt. Darmnaht nach Lembert. (30 Nähte, dazwischen auch fortlaufende Naht.) Desinfection mit 5% Carbolsäurelösung. Reposition; Drain; Naht.

Verlauf gut; am 8. Tage erster Stuhl; die äussere Wunde per granulationem heilend.

VI. Fall.[6]) Frau von 48 Jahren; rechtsseitige Inguinalhernie seit 8 Jahren bemerkbar; Incarcerationserscheinungen seit 4 Tagen. Faustgrosse Geschwulst. Operation. Blutiges Bruchwasser. Gangrän der vorliegenden Darmschlinge, namentlich am scharf einschnürenden Bruchringe. Resection von 20 cm Darm. Naht des Mesenterium.

Tod am folgenden Tage unter den Erscheinungen der septischen Peritonitis. Autopsie: Necrose des Darmes zu beiden Seiten der Naht in der Breite von etwa 3 cm. Parenchymatöse Degeneration der Nieren.

VII. Fall.[7]) 53jährige Frau. Seit 8 Tagen Erscheinungen der Einklemmung in der rechtsseitigen, kleinapfelgrossen Schenkelhernie. Nach Eröffnung des Bruchsackes entleert sich röthliches Bruchwasser in ziemlicher Menge. In der Tiefe sieht man den etwa kirschengrossen Darmtheil; während des Eingehens mit dem Finger in den Ring schlüpft der Darm in die Bauchhöhle zurück, alsbald stürzen aber Fäcalmassen durch die Bruchpforte. Es wird zur Laparotomie in der Linea alba geschritten. Die Bauchhöhle ist von Fäcalmassen erfüllt. Nach der Peritonealeröffnung wird der Darm durchsucht und es gelingt schnell, die Perforationsstelle zu finden. Am Incarcerationsringe findet sich eine nekrotische Stelle. Der Darm wird resecirt und eine Darmnaht angelegt. Bauchhöhle mit 1‰ Thymollösung ausgewaschen.

Die Kranke erholt sich aus dem Collaps nicht und stirbt nach 6 Stunden. Man findet bei der Necroscopie, dass die incarcerirte Stelle etwa $1^1/_2$ cm oberhalb der Coecalklappe sich befunden hat. Im Peritonealsacke geringer, blutig-seröser Erguss. Starke Injection und leichter Exsudatanflug an einigen erweiterten Dünndarmschlingen oberhalb der Resectionsstelle. Darmwunde verheilt.

VIII. Fall.[8]) Frau von 49 Jahren. Seit einem Tage Schmerz und eine nussgrosse harte Geschwulst in der rechten Leistengegend: Incarcirte Hernie.

Operation am nächsten Tage: kein Bruchwasser; die vorliegende Darmwand trocken, weisslich-grau, dünn. Erweiterung der Bruchpforte, Hervorziehen des Darmes, Incision; Entleerung der Faeces. Resection von 6 cm Darm; am Mesenterium Anlegung einer Ligatur. Darmnaht (30 Nähte), Reposition schwierig; Abbinden des Bruchsackes. Drain in die Bauchhöhle durch den Schlitz des Bruchsackhalses. Naht. Drain nach 2 Tagen entfernt. Am 3. Tag Flatus und Stuhl. Weiterhin guter Heilverlauf.

---

[1]) Riedel, B., Demonstration resecirter Darmschlingen nebst Bemerkungen über Zeitpunkt und Ausführung der Operation. Verhandl. der Deutsch. Ges. f. Chir., 5 April 1883.
[2]) Prati, Teresino, Resezione di 21 centimetri d'intestino ed enterorafia. Annal. univ. di med. e chir. Vol. 263. Fasc. 792. Giugno p. 465—487. Virchow-Hirsch, 1884, 2.
[3]) Feld, Langenbeck's Archiv f. klin. Chirurgie. XXX. I. 1884.
[4]) Mazzuchetti, Virchow's Archiv, 1885. S. 437.
[5]) Dr. M. Nedopil, Zur Herniotomie u. Darmresection. Wiener medic. Wochenschrift, 1886. Nr. 51.
[6]) Derselbe, l. c.
[7]) Derselbe, l. c., Nr. 62.
[8]) Derselbe, l. c., Nr. 52.

IX. Fall.[9]) 43 Jahre alte Frau, Incarceration seit mehr als 8 Tagen. Hernie nussgross. Abdomen stark aufgetrieben, gespannt, sehr druckempfindlich. Decrepides Aussehen, Collaps. 21. Dezember 1879 Herniotomie, Darmresection, Darmnaht, Drainage der Bauchhöhle. Inhalt: fibrinöse Massen, schwarzen Dünndarm, mit einem 5markstückgrossen Loch, aus welchem Fäcalmassen ausfliessen. Débriodement. Das Mesenterium wird im Bereich des gangränösen Darmes mit 5—6 Catgutfäden abgebunden, darauf 12 cm Darm unter Schnittführung im Gesunden resecirt, die Ränder durch 18 Lembert'sche Nähte mit feinem Catgut vereinigt. Reposition. Aus der Bauchhöhle entleeren sich massenhaft intensiv stinkende Exsudatmassen. Drainage der Bauchhöhle. Exitus im Collaps 8 Stunden p. op. Sectionsbefund: Allgemeine eiterige Peritonitis infolge von Kothaustritt.

X. Fall.[10]) 42 Jahre alte Frau. Incarc. seit 8 Tagen. Hernie eigross. Hochgradige Tympanitis. Collaps. 10. Dez. 1882. Herniotomie. Darmresection; Darmnaht. Bruchsack necrotisch. Inhalt: fäculentes Bruchwasser, blauschwarzer Dünndarm. Beim Hervorziehen reisst der Darm ein. Resection von 12 cm Darm sammt Mesenterium. Sehr schwierige Darmnaht. Der genähte Darm wird in der Wunde fixirt. Tod nach 36 Stunden im Collaps. Keine Section.

XI. Fall[11]). Am 18. VII. 1885 traten bei einem seit Jahren mit rechtsseitig eigrossem Leistenbruche behafteten 57jährigen Landarbeiter heftige Incarcerationserscheinungen auf. Taxis erfolglos. Geschwulst nun Kindskopfgross, vom Nabel zum Scrotum reichend. Dieses leer. Herniotomie 18 Stunden nach der Einklemmung. Grosses Convolut blauschwarz verfärbter Dünndarmschlingen; Mesenterium ebenfalls verfärbt. Hervorziehen und Resection des Darmes an ganz gesund aussehenden Stellen nach Abklemmung der gangränösen Parthien. Vereinigung der Mucosa durch eine ununterbrochene Reihe von Knopfnähten, der Serosa durch fortlaufende Naht. Erweiterung des Bruchringes. Reposition des Darmes. Entfernung des Bruchsackes und des atrophischen Hodens. Naht, Drainage.

Nach 18 Tagen geheilt entlassen; normale Darmfunction.

XII. Fall[12]). 48jährige Frau, seit 3 Tagen (nach heftigem Erbrechen) rechtsseitiger Bruch; Taxis gelang nicht; es trat Aufstossen und Erbrechen ein. Stuhlgang war nicht mehr erfolgt. Bei der Aufnahme gänseeigrosse Geschwulst in der rechten Schenkelbeuge. Leib stark meteoristisch aufgetrieben, empfindlich. Bei der Operation zeigte sich im Bruchsacke eine geringe Menge blutiger Flüssigkeit und eine blaurothe, ca. 12 cm lange Dünndarmschlinge, an welcher ein 2 cm breites und $3^1/_2$ cm langes Stück necrotisch, schwarzblau, äusserst dünn, der Perforation nahe war. Erweiterung der Bruchpforte, Desinfection mit Salicylborsäurelösung, Abklemmen der vorliegenden Schlinge mit den Fingern, Abbinden des Mesenteriums durch 2 Catgutligaturen und Resection eines 8 cm langen Stückes davon. Darmnaht durch 16 feine Seidenligaturen (Lembert). Nochmals Desinfection der hervorgezogenen Schlinge, Reposition.

Der Bruchsack wurde am Hals umschnürt (mit Catgut) und abgeschnitten, die äussere Wunde nach Einlegen eines kurzen Drains mit fortlaufender Catgutnaht geschlossen. Dauer der Operation $1^1/_2$ Stunde.

Der Leib blieb aufgetrieben; Flatus, aber kein Stuhlgang. Am nächsten Tage (nicht fäculentes) Erbrechen; am 2. Tage grosse Unruhe, erhöhte Temperatur, kleiner Puls. Am 3. Tag Collaps und Tod.

Die Section ergab Peritonitis univers. ichorosa; die Darmnaht lag sicher (schloss wasserdicht), die Umgebung sah gut aus, keine Perforation, kein Koth in der Bauchhöhle. Die Infection des Peritoneums hatte wahrscheinlich schon vor der Operation (von dem gangränösen Darmstück aus) stattgefunden und wäre deshalb auch bei Anlegung eines künstlichen Afters nicht vermieden worden.

XIII. Fall[13]). (Eigene Beobachtung.) Sch. E., 34 Jahre alt, Aufnahme 15. VII. 1888. Patientin seit Jahren mit einem Nabelbruche behaftet; jetzt im 7. Monate gravida. Seit 3 Tagen Schmerzen im Leibe, doch keine ausgesprochenen Incarcerationserscheinungen. Nabelhernie weich, auf Druck nicht empfindlich. Am 3. Tage galliges, später kothiges Erbrechen. Empfindlichkeit im Leibe.

Operation nur zögernd zugestanden. Narcose. Hautschnitt; Hervortreten einer graugrün verfärbten, gangränösen Dünndarmschlinge; Erweiterung des Bruchringes, Hervorziehen des Darmes nach Ablösung des Mesenteriums; Resection eines 5 cm langen Stückes. Lembert'sche Darmnaht. Reposition der genähten Schlinge. Erbrechen dauert fort, die peritonitischen Erscheinungen sind nicht lebhaft ausgesprochen. Nächsten Morgen Collaps; Tod. Section nicht gestattet.

XIV. Fall[14]). (Eigene Beobachtung.) B. K., 61 Jahre alt. Aufnahme 30. X. 1888. Frau von kräftigem Körperbau; früher nie erheblich krank. Am 28. X. verspürte Patientin plötzlich heftigen Schmerz im Leibe, es trat Erbrechen ein und wurde zu gleicher Zeit eine Geschwulst in der Nabelgegend bemerkbar. Der sofort gerufene Arzt constatirte einen eingeklemmten Nabelbruch. Da die Reposition ohne Narcose nicht möglich war, wurde die Patientin unter Beiziehung eines zweiten Arztes chloroformirt, doch gelang es auch jetzt noch nicht, die Hernie zu reponiren. Erst am 3. Tage nach dem Eintritt der ersten Incarcerationssymptome konnte sich Patientin zur Aufnahme in die Poliklinik entschliessen.

Es zeigte sich bei der sehr corpulenten Frau eine circa halbapfelgrosse Umbilicalhernie, die derb anzufühlen war, so dass die Annahme eines Netzbruches, mit vielleicht der einen oder anderen eingeklemmten Darmschlinge gerechtfertigt erschien. Wegen der grossen Schmerzhaftigkeit war eine genaue Untersuchung nicht möglich. Die Haut in der Umgebung war handtellergross graugrün verfärbt und etwas fäculenter Geruch wahrnehmbar. Bei diesem Zustande wurde von allen weiteren Repositionsversuchen Abstand genommen, Patientin sofort chloroformirt und der Bruchschnitt gemacht.

15 cm. langer Hautschnitt, Durchtrennung der einzelnen Schichten bis zum Peritoneum auf der Hohlsonde. Stark fötider Geruch dringt aus der Tiefe. Nach Durchtrennung des Perineum liegt ein grosser Klumpen gelbgrün verfärbten, stark stinkenden Netzes zur rechten, eine incarcerirte blauroth verfärbte Dünndarmschlinge zur linken Seite des Bruchringes. Der circa 2markstückgrosse Schnürring ist sehr straff gespannt. Erweiterung der Wunde durch Verlängerung des Hautschnittes nach oben und unten, mehrfache Incisionen am Schnürringe mittels des Herniotoms. Der hervorgezogene Darm zeigt beiderseits eine sehr tiefe Schnürfurche. Die zwischen beiden gelegene Parthie ist, wie schon erwähnt, blauroth verfärbt, die Serosa an mehreren Stellen sammetartig getrübt. Der Mesenterialkeil der incarcerirten Darmschlinge ebenfalls grünlich verfärbt. Der ganze Bruchsackinhalt fäculent riechend; Austritt von Koth jedoch nirgends wahrnehmbar.

Die ganze Bruchgeschwulst wird möglichst extraperitoneal gelagert, die Bauchhöhle, so gut es geht, mit Sublimatcompressen verschlossen. Der Netzklumpen wird nun durch circa 1 Dutzend Catgutligaturen bündelweise abgetrennt und der verfärbte Theil excidirt.

Dann folgt die Resection des gangränösen Darmtheiles mit dem entsprechenden Mesenterialkeile. Die Länge des excidirten Stückes beträgt 40 cm. Es wird jederseits vom Schnürringe eine Darmparthie von circa 5 cm, die vollkommen gesundes Aussehen hatte, mit excidirt; das Mesenterium in Form eines Keiles scharf vom Darmende weg entfernt.

[9]) Anderegg, Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 24, S. 207 u. ff., 1886.

[10]) Anderegg, l. c.

[11]) Th. Kocher, Resection von 1 m 60 cm gangränösen Darmes mit Darmnaht. Corresp.-Bl. f. Schweizer Aerzte. XVI. 5. 1886.

[12]) Dr. Köhler, Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 26, S. 113. 1887.

[13]) Dieser und der folgende Fall kamen an der hiesigen chirurgischen Universitätspoliklinik zur Beobachtung und wurden mir von Hrn. Prof. Dr. Angerer gütigst zur Operation und Veröffentlichung überlassen.

[14]) Eigene Beobachtung. vide Fall XIII.

Die periphere Compression liess sich nach gründlichem Ausstreifen des Darmes durch die Hände eines Assistenten, die centrale Abtrennung durch breite Schieber bewerkstelligen.

Nun wurden die Wundränder des Mesenteriums zuerst durch eine Reihe von Knopfnähten, dann die peritonealen Flächen durch weitere Nähte vereint.

Am Darm selbst nahm ich die Vereinigung durch eine Reihe Schleimhaut- und eine zweite Reihe Serosanähte vor; die vorstehende Mucosa wurde zur Ermöglichung genauester Vereinigung im Niveau des Serosaschnittes als schmaler Streifen abgetrennt. Sämmtliche Nähte wurden mit feinster Seide ausgeführt.

Sofort nach der Operation blähte sich der Darm auf; nur am abführenden Theile zeigte sich eine etwas dunklere Verfärbung desselben.

Während der Operation und nach Beendigung derselben wurde der Darm mit warmer Sublimatlösung 1:3000 bespült, zum Schlusse noch die ganze Wunde wegen des scheusslichen Geruches ausgiebig mit Jodoform eingerieben.

Reposition des Darmes, Vernähen des parietalen Peritoneums mittels starker Catgutnähte, Vereinigung der Hautwunde durch tief greifende Seidennähte. Offenlassen des unteren Wundwinkels nach Excision der gangränösen Hautparthien. Einlegen eines Jodoformgazetampons.

Antiseptischer Verband mit Sublimatgaze.

Glatter Heilverlauf; keine Temperaturerhöhung. Geheilt entlassen aus der Poliklinik 3 Wochen nach der Operation. —

Zum Schlusse möchte ich noch anführen, dass Fälle von Darmresection etc. aus der ausserdeutschen Literatur keine weitere Berücksichtigung finden konnten, da mir die Originalarbeiten nicht zugänglich waren.

Mehrfache diesbezügliche Citate sind in Virchow-Hirsch's Jahresbericht, Bd. XXII angegeben.

Literatur.

Ausser den gebräuchlichen Handbüchern der Chirurgie wurden berücksichtigt:
Jaffé, Ueber Darmnaht. Inaug.-Dissert. Berlin, 1883. — Jaffé, K. über Darmresection bei gangränösen Hernien. Volkmann's klinische Vorträge. Nr. 201, 1881. — Kocher, Schweizer Corr.-Bl. 1886. S. 108. — Kocher, Centralbl. für Chirurgie, 1880, Nr. 29. — Köhler, H., Ueber circuläre Darmresection und Darmnaht bei gangränösen Hernien. Dissert. Würzburg, 1889. — Maas, Sitzungsberichte der phys.-med. Gesellschaft, 1885. Würzburg. — Madelung, Ueber circuläre Darmnaht und Darmresection. Langenbeck's Archiv. Bd. XXVIII. 1881. — Mäurer, A., Beitrag zur Frage der Indication der circulären Darmresection und Darmnaht. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. XVIII. 1883. — Reichel, Aus der chirurgischen Klinik zu Breslau. Casuistische Beiträge zur circulären Darmresection und Naht. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. 19. S. 230. — Riedel, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. 5. IV. 87. — Rosenberger, Festschrift für Alb. v. Kölliker, Leipzig, 1887. — Rydygier, Berliner klin. Wochenschrift, Nr. 41, 42. 1881. — Schede, Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. VIII. Congress. — Zesas, Ueber das Verhalten des von seinem Mesenterium abgelösten Darmes. Langenbeck's Archiv für klinische Chirurgie. Bd. XXXIII. II. Heft.

Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

Casuistische Mittheilungen aus dem Ambulatorium des med. klin. Instituts zu München. Von Dr. Hermann Rieder, Assistent des Instituts.

3. Commotio spinalis. Railway spine, Neurose hysterotraumatique (Charcot). Max Sch., 36 Jahre alt, Stuccateur, fiel am 25. V. v. Js. in Reichenhall von einem 3 Stockwerk hohen Baugerüste auf die linke Hüfte, war 10 Minuten lang bewusstlos und bekam in der Folge heftige Schmerzen in der linken Unter-Extremität und in der Lendengegend. Durch einen im Reichenhaller Krankenhaus angelegten Schienen-Verband wurde Besserung erzielt, doch konnte Patient weder stehen noch gehen. Nach 4 Wochen Transferirung nach München. Dort kehrte die Gehfähigkeit zum Theil wieder, doch hatte Patient über Schwere in den Beinen und leichte Ermüdbarkeit zu klagen. Durch galvanische Behandlung im Krankenhaus l/I. während des Monats September nahmen die genannten Beschwerden wesentlich ab, doch zeigte sich grosse Neigung zu psychischen Erregungen. Functionen der Blase, des Mastdarmes und der Geschlechts-Sphäre waren angeblich nie gestört. Bis zu besagtem Unfalle war Patient stets gesund.

Beim ersten Erscheinen des Patienten im klinischen Institut waren vorwiegend spastische Erscheinungen (hochgradige Steigerung der Patellar-Sehnen-Reflexe, Fussclonus, spastisch paretischer Gang) zu constatiren.

Die Lendenwirbelsäule und die reg. lumbalis sin. waren druckempfindlich; die Sensibilität war normal. Durch leichte hydrotherapeut. Behandlung, Galvanisation der Wirbelsäule, sowie geistige und körperliche Ruhe besserte sich die Gehfähigkeit zusehends, die oben angegebene Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule verschwand, so dass nach einigen Wochen (anfangs November) folgender Status zu constatiren war: Gang etwas unbeholfen und taumelnd, auch macht Patient sehr kleine Schritte. (Patient vergleicht selbst seinen Gang mit dem eines Betrunkenen.) Subjectiv besteht Gefühl von Schwere, besonders in den Unterschenkeln. Romberg'scher Versuch ergibt geringgradige Ataxie und geringe Störung des Muskelsinnes. Patellar-Sehnen-Reflex beiderseits gesteigert. Fussclonus lange dauernd, links leichter hervorrufbar als rechts. An den Zehen Tastkreise L = 15 mm, R = 10 mm. Schmerz-Leitung und Localisation normal. Muskulatur gut erhalten. Cremaster-Reflex nur angedeutet. Bauch-Reflex beiderseits erhalten. Verdauungs- und Ernährungs-Zustand normal. Grosse psychische Unruhe und Aufgeregtheit während der Untersuchung. Patient klagt über Schlaflosigkeit und reizbare Gemüthsstimmung, sowie Angstgefühl und Herzklopfen.

Die Untersuchung der Psyche ergiebt normales Vorstellungs- und Willens-Vermögen, dagegen eine ausgesprochen hypochondrisch-melancholische Gemüthsstimmung. Von Seiten der Sinnes-Organe besteht keine Abnormität. Die gegen letztere angewandte Medication (Br Na in grossen Dosen) war von bestem Erfolge. Patient steht noch in ambulatorischer-elektrischer Behandlung; sein Befinden zeigt langsam fortschreitende Besserung.

Genannter Fall ist in klinischer und forensischer Beziehung interessant. Das successive Auftreten der durch die Commotio cerebralis et spinalis veranlassten Krankheits-Symptome spricht entschieden für eine schwerere Form von traumatischer Neurose. Die Prognose ist jedoch bei dem Mangel von Intelligenz- und Gedächtniss-Störungen sowie von epileptischen Zufällen bei fortgesetzter elektrisch-hydropathischer Behandlung keine absolut schlechte. Die vorläufige temporäre Erwerbsunfähigkeit dürfte ausser Zweifel stehen. Die Frage, ob dauernde Erwerbsunfähigkeit oder Heilbarkeit dürfte erst später, etwa nach einem Jahr, zu entscheiden sein. Uebrigens ist ja bekannt, in welch inniger Beziehung die psychische Depression mit der Entscheidung des Schicksals derartiger Patienten steht.

Referate u. Bücher-Anzeigen.

v. Ziemssen: Klinische Vorträge. 12. Vortrag: **Ueber die physikalische Behandlung chronischer Magen- und Darmkrankheiten.**

Die Diagnostik und Therapie der Magenkrankheiten steht gegenwärtig im Mittelpunkt des wissenschaftlichen Interesses und die jüngste Zeit hat bekanntlich mancherlei neue und interessante Förderungen auf diesem Gebiet zu verzeichnen. Während sich aber dieselben fast ausschliesslich auf den Chemismus der Magenverdauung beziehen, bespricht Z. in vorliegendem Vortrag die Einwirkung der physikalischen Heilmittel auf die neuromusculären Störungen des Magens und Darms. Bekanntlich hat Z. in früheren Arbeiten seine Studien über die Einwirkung der Electricität auf die Magenwand niedergelegt, deren wichtigste Resultate sich in folgende Sätze zusammenfassen lassen: 1) Der elektrische Strom ist in beiden Formen im Stande, bei genügender Intensität und Dichte an dem Magen und Darm des Hundes, selbst bei Interposition von Bauchwand, locale Contrac-

tionen zu erregen. Diese motorischen Reizphänomene entsprechen in ihrer Ausdehnung der Grösse des Electrodenquerschnitts und in ihrer Dauer der Dauer der Stromeinwirkung. 2) Auf dieselbe Weise kann auf die sensiblen, vasomotorischen und secretorischen Nervenfasern eingewirkt und die Saftsecretion unmittelbar gesteigert werden. — Auf Grund dieser experimentellen Resultate empfiehlt Z., gestützt auf eine grosse Reihe von Heilerfolgen die percutane Magenelectrisation mittelst ganz grosser Elektroden (600 resp. 500 qcm) und zwar $^1/_2$ Stunde vor den Mahlzeiten, und an sie anschliessend noch eine trockene Bürstenfaradisation der Haut des Bauches, der Brust und des Rückens von kurzer Dauer. Es ist selbstverständlich, dass mit dieser physikalischen Heilmethode eine genaue Regelung der Diät einhergehen muss. An die Elektrisation schliesst sich die Massage an, die bei den Erkrankungen des Magens von geringerer Bedeutung, für die Darmaffectionen aber als sehr erfolgreich beschrieben wird, sofern dieselbe sehr energisch und mit möglichst tiefem Eingreifen vorgenommen wird, soweit es irgend die Spannung der Bauchwand gestattet.

Weiter ist noch die allgemeine Hydrotherapie heranzuziehen, — nasskalte Abreibung, nasse Einpackung mit darauffolgender kalter Douche, abgeschrecktes Halbbad. Von noch energischerer Wirkung ist die »schottische Douche«, d. h. eine auf das Abdomen resp. Epigastrium gerichtete fingerdicke Strahldouche mit abwechselnd 30° und 10° Wärme alle 10 Secunden wechselnd.

Die Indication zur Anwendung für diese combinirte physikalische Heilmethode bilden für den Magen: die Verticalstellung desselben, seine Fixation an Nachbarorgane. Die Anorexie, Dyspepsie und habituelle Emesis der Hysterischen und Neurastheniker, Affectionen, welche Z. als centrale oder reflectorische Innervationsstörungen auffasst. Bei bedeutenderen Magenectasien ist dagegen von der Methode weniger Heileffect zu erwarten. — Die Elektrisation des Darms wird ebenfalls mit ganz grossen Electroden (600 qcm) vorgenommen, deren eine die ganze vordere Bauchfläche des Unterleibes, die andere die ganze Rückenfläche desselben einnimmt. Die Stromstärke muss der Grösse der Elektroden entsprechend eine sehr grosse sein (4 MA beim constanten Strom, 4—5 cm Rollenabstand beim Inductionsstrom). Die subjective Wirkung der elektrischen Behandlung besteht, wie beim Magen in allgemeiner Erfrischung und Hebung des Appetits, beim Darm in Verminderung und Aufhebung der lästigen Empfindungen im Unterleib, dem Gefühl von Bewegung und Wärme daselbst. Als objective Wirkung vermuthet Z. die Anregung der motorischen Innervation seitens der motorischen Darmganglien und Darmnerven, eine Vermehrung der Darmsaftsecretion, vielleicht auch des pancreatischen Saftes und des Gallenzuflusses.

Von den Erkrankungen des Darms sind der physikalisch-therapeutischen Beeinflussung zugänglich: die Innervationsschwäche; Atrophie der Darmmuscularis; die digestive Atonie und vor Allem das grosse Gebiet der Darmhypochonder- und Neurastheniker, sei es, dass Letztere bloss an Innervationsstörungen leiden, sei es, dass mechanische Hindernisse der Darmbewegung vorhanden sind, wie sie so häufig durch partielle Peritonitis hervorgerufen werden.

Es liegt auf der Hand, dass die combinirte physikalische Heilmethode bloss in einer Anstalt wird vorgenommen werden können; in vielen Fällen dürfte jedoch die Massage eventuell in Verbindung mit der elektrischen Behandlung genügen und zu dieser bedarf er ja nicht der Anstaltsbehandlung.

Dr. Schmid-Reichenhall.

R. v. Hoesslin: Beiträge zur diagnostischen Gesichtsfeldmessung bei Neurosen. Aus dem II. ärztlichen Bericht der Privatanstalt Neuwittelsbach.

v. H. kommt, wie Thomsen und Oppenheim, im Allgemeinen zu dem Resultat, dass die sensorische Anästhesie, als deren constantes Symptom die beiden Autoren die concentrische Gesichtsfeldeinengung bezeichnen, nicht als allein für Hysterie charakteristisch zu betrachten ist, sondern dass diese Erscheinung auch bei den verschiedensten anderen funktionellen Neurosen vorkommen kann.

Die Resultate von 69 exakt angestellten Beobachtungen v. H.'s sind folgende: Bei 12 Hysterischen wurden constant mehr oder weniger bedeutende Gesichtsfeldveränderungen gefunden (concentrische Gesichtsfeldeinengung für Weiss und für Farben oder Verschiebung der normalen Reihenfolge der Farben). Bei 12 an Intestinalneurosen Leidenden fand sich dieselbe Veränderung wie bei der Hysterie, nur weniger constant.

Bei den übrigen an Epilepsie, Neurasthenie und anderen Neurosen Erkrankten beschränkte sich die Veränderung des Gesichtsfeldes auf Dyschromatopsie, welche allerdings nicht constant gefunden wurde.

Sectorenförmige Defecte, wie sie bei materiellen Erkrankungen des Nervensystems am Gesichtsfeld beobachtet werden, finden sich bei den Gesichtsfeldeinengungen auf dem Boden von functionellen Neurosen nicht.

Ein concentrisch für Weiss oder die Farben eingeengtes Gesichtsfeld kann die Diagnose einer Neurose bedeutend unterstützen, ebenso wie das Vorhandensein dieses Symptoms (auch nach Thomsen und Oppenheim) den Verdacht auf Simulation bei einem Traumatiker aufheben kann.

A. Cramer-Freiburg i./B.

Dr. **Max Kortüm**, dirigirender Arzt am Stadtkrankenhause zu Schwerin i. H.: **Ueber Carbol-Nekrose.** International. klinisch. Rundschau 1888 Nr. 52.

Verfasser berichtet über einen im letzten Jahre behandelten Fall, in welchem durch Umschläge mit sehr starker Carbollösung (1 Esslöffel ac. carb. liquef. auf 1 kleines Wasserglas voll Wasser) eine Nekrose der ersten Daumenphalange eintrat die nach 2 Monaten erst unter Einbuss der Hälfte des Gliedes heilte. Aber nicht nur solche starke Lösungen können ähnliche Zerstörungen bewirken, sondern auch nach Kortüm schon 1—2 proc. So kam vor kurzem ein Patient in K's Klinik, welche mit 2 proc. Carbollösung Umschläge um die Hand gemacht hatte, mit schwärzlich verfärbter Haut, welche sich in der Folge brandig abstiess, und grossen Blasen. Nach seinen Erfahrungen handelt es sich dabei immer um längere Zeit feucht bleibende Umschläge um Finger und Zehen. Die Carbolsäure gelangt hierbei in wässeriger Lösung durch die intacte Epidermis zur Resorption und wirkt dann als spezifisches Nervengift. Bekannt ist auch die anästhetische Wirkung der Carbolsäure, welche Neill bei kleineren Operation auszunützen empfahl (50—80 proc. Lösungen in Oel oder Glycerin). Aus gleichem Grunde wirken Carbolinjectionen bei den Schmerzen der Pneumonie und Pleuritis schnell und sicher. Nach Kortüm dürften auch die vasomotorischen Nerven und trophischen Fasern bei längerer Einwirkung der Carbolsäure dem Einflusse dieses Giftes unterliegen und damit erklärt sich auch die überaus langsame restitutio ad integrum. Die nekrotischen Erscheinungen dagegen treten überraschend schnell ein, und weibliche Individuen, Kinder, Greise sind der Gefahr am meisten ausgesetzt. Verfasser warnt zum Schlusse vor feucht bleibenden Carbolumschlägen um die Finger und Zehen, die bei manchen Menschen schon durch 1—2 proc. Lösungen zu Grunde gehen können.

(Referent beobachtete vor 4 Jahren einen Fall, in welchem die Frau eines Barbiers (und zugleich Pfuschers) zweier Phalangen eines Zeigefingers durch Carbolnekrose verlustig ging. Eine unbedeutende Risswunde hatte ihren Berather veranlasst, zwei Tage lang Umschläge mit einer selbst bereiteten Carbollösung zu machen. Als Referent die Frau sah, war der Finger wie verkohlt, und es blieb nur mehr die Amputation des Gliedes übrig.)

Haupt-Soden.

C. Schotten: Kurzes Lehrbuch der Analyse des Harnes. Leipzig und Wien 1888. 185 S. 8°.

Obwohl wir eine ziemlich grosse Anzahl von Lehr- und Handbüchern und zum Theil sehr vorzügliche besitzen, in welchen die Untersuchung des Harnes abgehandelt wird, dürfen wir dem vorliegenden Werke eine sehr gute Aufnahme bei Aerzten und Studirenden vorhersagen; denn Verfasser hat es

verstanden, den Stoff so zusammenzufassen, dass jeder einzelne Abschnitt sowohl eine schnelle Orientirung über alles, was wichtig, als auch eine unmittelbare Anleitung bei der Ausführung einer Untersuchung darbietet. Das ist für den Gebrauch am chemischen- und Mikroskopirtisch ein erheblicher Vorzug vor den meisten anderen ausführlichen Büchern, welche das Chemische, des Physiologische und Pathologische gesondert, unter steter Verweisung auf frühere Abschnitte besprechen.

Der Inhalt ist erschöpfend, die Darstellung klar.

v. Noorden-Giessen.

Vereinswesen.

Berliner medicinische Gesellschaft.

(Originalbericht.)

Sitzung am 30. Januar 1889.

Vorsitzender: Herr Virchow.

Herr **Küster: Ueber die Grundsätze der Behandlung der Eiterung in starrwandigen Höhlen.** (Schluss; vergl. Nr. 3 u. 4)

Für die Paukenhöhle gelten dieselben Principien. Auch hier schafft man sich von der tiefsten Stelle, d. h. vom Warzenfortsatz, Zugang, kratzt mit dem scharfen Löffel aus und tamponirt. Wo das Trommelfell zerstört ist, wird durch den Gehörgang einer-, durch die Wunde andererseits drainirt, einmal energisch durchgespült und aseptisch tamponirt.

Affectionen des Warzenfortsatzes, die das Cavum tympani in Mitleidenschaft ziehen können, sind Cholesteatome, Dermoide, tuberculöse Ostitis und Osteomyelitis.

Die von Küster erzielten Resultate sind folgende: Von 43 Operirten mit 44 Operationen starben 7; 2 an Hirnabscess, 3 an Meningitis, 1 an Pyaemie, 1, ein elendes, kachektisches kleines Mädchen, am Tage nach der Operation, im Collaps.

Von den restirenden 36 erschienen neulich auf Aufforderung 12; von diesen waren nach ohrenärztlicher Untersuchung 10 völlig geheilt, also 82%. Ueber 5 andere ging schriftlich Bescheid ein; 3 waren völlig geheilt, einer ungeheilt, einer unter Erscheinungen von Meningitis nach 4 Jahren gestorben.

Die Heilungsdauer, die Schwartze nach der alten Therapie auf 9—10 Monate schätzt, schwankt nach dieser Methode zwischen 4 und 6 Wochen. Auch schon nach 3 Wochen trat einmal Heilung ein, ein einziger Fall dauerte 7 Monate.

Der Vortrag, der das Grenzgebiet der Chirurgie streift, soll gerade die Internisten und Otologen, wie Rhinologen anregen, nach chirurgischen Principien zu operiren.

Herr v. Bergmann erklärt sich mit K.'s Ausführungen ganz einverstanden. Er hat das Verfahren der Behandlung der Paukenhöhle noch zuletzt bei dem Pat. angewandt, den er im Dec. als von Hirnabscess geheilt, vorgestellt hat, und zwar mit Erfolg. Der Kranke wird vorgestellt.

Herr Hahn hat gegen K.'s Methode der Empyembehandlung nichts einzuwenden, als ihre Ecclusivität. Das ist in grossen Städten ganz gut; auf dem Lande muss den Leuten schnell und ohne grosse Kosten und Assistenz geholfen werden. In solchen Fällen, nachdem man sich von dem Vorhandensein des Eiters durch Punktion überzeugt hat, schneidet man mit einem Bisturi im 8., 9. oder 10. Intercostalraum so tief wie möglich hinter der Axillarlinie ein, erweitert mit dem geknöpften Messer die Wunde auf 1—2 Zoll, führt ein 2—3 Zoll langes Drainrohr ein, wechselt zuerst zweimal täglich, später seltener den Verband, wozu sich die Angehörigen sehr gut verwenden lassen. So hat H. sehr viele Fälle zur Heilung gebracht. Nur muss frühzeitig operirt werden.

An der Debatte betheiligt sich noch Herr Ewald.

Die weitere Discussion wird vertagt und soll stattfinden 1) über Empyem, 2) über die Paukenhöhle, 3) über die Highmorshöhle.

Herr Litten stellt ein sehr schweres Exanthem vor, das sich jedesmal nach Rhabarbergenuss bei einem Pat. einstellen soll. Es setzt sich zusammen aus einem grossfleckigen makulösen Exanthem und einem schweren Pemphigas.

Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Sitzung vom 29. Januar 1889.

Vorsitzender: Herr Eisenlohr.

Demonstrationen. 1) Herr Dühring zeigt:

a) eine Frau mit einem pulsirenden Gumma des Schädeldaches, auf dem rechten Scheitelbein belegen. Die Frau besitzt ein syphilitisches Kind und hat vor Jahren bereits eine vorübergehende Lähmung und Perforation des harten Gaumens durchgemacht.

b) ein ca. 10jähriges Mädchen, das zwei Stellen von Fünf-Markstückgrösse auf dem Rücken hat, die durch circumscripte Gangrän entstanden sind.

Herr Arning erinnert an ein von ihm im Juni vorigen Jahres vorgestelltes Mädchen (s. diese Wochenschrift 1888, p. 428), das ebenfalls multiple circumscripte Gangränstellen der Haut aufwies. Diese Affection hat sich nachträglich als Artefact herausgestellt, indem Patientin sich die Stellen durch Schwefelsäure selbst beigebracht hatte.

2) Herr Sänger demonstrirt das Präparat eines Aortenaneurysmas, herrührend von einem 43jähr. Mann, der im Leben u. A. linksseitige Recurrenzlähmung darbot.

3) Herr Riesenfeldt zeigt:

a) einen 13jähr. Knaben, der durch Fall eine complicirte Schädelfractur acquirirt hatte. Dieselbe sass auf dem rechten Scheitelbein. Patient bot linksseitige Paralyse des N. facialis, des Arms und des Beins, von der jetzt noch deutliche Reste vorhanden sind.

b) ein von der achten Rippe entferntes apfelgrosses Enchondrom, bei dessen Entfernung ein Stück der Pleura costalis resecirt werde nmusste. Heilung erfolgte nach 4 Wochen. Das Präparat ist eine aus Knorpel-, Knochen- und Schleimgewebe bestehende Mischgeschwulst: Osteochondroma myxomatodes. Bis jetzt existiren nur 15 ähnliche Fälle aus der Literatur.

4) Herr Gruwe demonstrirt ein Kind, das mit einem eigenthümlichen, röthelartigen Exanthem behaftet ist. Das Exanthem scheint in Barmbeck epidemisch zu sein. Von Rötheln unterscheidet es der protrahirte Verlauf. Letzterer ist immer gutartig; Complicationen ausser Schnupfen sah Gruwe nicht. Das Allgemeinbefinden blieb stets gut. Herr Tempel und Herr Aly haben ähnliche Fälle beobachtet. Letzterer hielt es für eine Abart der Rubeolae.

Herr Unna constatirt, dass die Affection in Hamburg längst bekannt ist. Prädilectionsstellen sind die Wangen, Knie und Ellbogen. Auch er beobachtete stets Heilung. Herr Henop fand bisweilen Anschwellungen der Submaxillardrüsen dabei.

Herr Voigt glaubt, dass auch ein ernsterer Verlauf vorkommen könne. Er verlor ein Kind mit dem Exanthem an Pneumonie, die vielleicht nur dadurch lethal verlief, dass sie einen widerstandsunfähigen Körper befiel.

Nach einigen Bemerkungen der Herren Appel (Altona) und Aly schliesst die Discussion. Jaffé.

Aerztlicher Verein München.

(Officielles Protokoll.)

Sitzung vom 24. October 1888.

Privatdocent Dr. **Seydel** hielt seinen angekündigten Vortrag: **Demonstration eines seltenen Falles von Keloid.**

Vortragender stellt einen Fall von multiplem idiopathischem Keloid vor, welchen ihm Herr Stabsarzt Dr. Reh in Bayreuth zur Behandlung überwies.

»Der Mann ist 28 Jahre alt, war nie krank. Lues und Tuberculose sind auszuschliessen, die Eltern leben, sind vollkommen gesund; in der ganzen Familie ist kein Fall einer Neubildung zu verzeichnen. Vor 6 Jahren nahm die Geschwulst auf der Brust ihren Anfang und hatte, als sie bemerkt wurde, bereits die Grösse einer Bohne angenommen, sie ist seitdem im steten Wachsthum begriffen und hat nunmehr die Ausdehnung einer Hand angenommen. Vor 3 Jahren trat ein zweites Keloid etwas tiefer auf der Brust auf und seit 1 Jahr entwickelt sich

ein solches an der linken Schulter und am rechten Oberarm. Das Keloid erscheint hier als ganz oberflächliche Neubildung, welche offenbar aus mehreren Knötchen confluirt ist. Es stellt einen plattenförmigen Wulst dar mit einer grossen Anzahl von Ausläufern, welche in das gesunde Gewebe vorgeschoben sind. Auffallend ist der grosse Reichthum an Comedonen und Acnepusteln, was den Eindruck macht, als ob vielleicht die Narben der letzteren bei vorhandener Disposition für die Entstehung solcher Neubildungen von Bedeutung wären.«

Vortragender bespricht nun kurz die Aetiologie, Prognose und machtlose Therapie des Keloids und erwähnt bei der Behandlung eines Verfahrens, welches Herr Stabsarzt Dr. Reh bereits in Anwendung gezogen, nämlich die subcutanen Injectionen von Ergotin. In dem demonstrirten Falle scheinen diese Injectionen eine Volumsabnahme zur Folge zu haben.

In der Discussion berichtet zunächst Prof. Angerer über 3 von ihm beobachtete Fälle von Keloid, von denen zwei Narbenkeloide nach ausgedehnter Verbrennung, einer ein sogenanntes spontanes Keloid betraf. Im letzteren Falle handelte es sich um ein 12—14jähriges Mädchen, bei dem das Keloid nach der Revaccination am Oberarm auftrat. Der übrige Körper war vollkommen frei; das Keloid aber entsprach vollkommen der Narbe der Impfstelle, so dass wohl auch hier ein Narbenkeloid vorlag. Operativ geben die Keloide eine sehr schlechte Prognose, insoferne als sie stets recidiviren. In zwei Fällen A.'s wurden dieselben exstirpirt; aber obwohl complete prima reunio eintrat, röthete sich die Narbe nach 8 Tagen, wurde etwas erhaben und nach Verlauf von wenigen Wochen war das nemliche Keloid in derselben Ausdehnung vorhanden, wie es exstirpirt worden war. Das exstirpirte Stück zeigte mikroskopisch reichliches sklerosirtes Bindegewebe in ungeordneten Faserzügen und enthielt ausserordentlich wenig Gefässe, dagegen sehr viele Schweissdrüsen. In einem anderen Falle von ausgedehntem Keloid nach Verbrennung auf Schulter und Brust, wodurch der Kopf nach der Seite gezogen war, machte A. eine plastische Operation; die Narbe wurde exstirpirt und der Defect plastisch gedeckt. Der Fall verlief gut. Nach einiger Zeit jedoch kam der Junge wieder, weil der Narbenstrang sich wieder ebenso gebildet hatte, die Narben waren Keloid geworden. Ueber die Entstehungsursache, besonders der spontanen, wahren Keloide hat A. keine weitere Erfahrung.

Geheimrath v. Ziemssen kann von keinem Falle von wahrem Keloid berichten, sondern allen Fällen, die er gesehen, lag ein Destructionsprocess zu Grunde, z. B. Verbrennungen, oder syphilitische Ulcerationen. Syphilitische Geschwüre tendiren bekanntlich zu hypertrophischer Narbenentwickelung in derselben Weise wie Verbrennungen; besonders häufig kommt diese vor in kleinem Maasstabe auf Schröpfkopfnarben und auf Aknenarben, was der Vortragende schon berührte.

Geheimrath v. Kerschensteiner hatte Gelegenheit einen sehr charakteristischen Fall von Keloid 11 Jahre lang zu beobachten. Es handelte sich um eine sehr starke, fettreiche Frau, die angab, schon als Mädchen mit 15—16 Jahren, nachdem sie menstruirt war, am Sternum zwischen den beiden Brüsten eine kleine, krallenförmige Hauterhöhung bekommen zu haben, die sich allmählich vergrösserte und endlich so gross wurde, dass sie an beide Brüste mit ihren Ausläufern heranreichte. Die Frau starb in den 60ger Jahren an einer acuten Krankheit. Eine erbliche Anlage oder eine traumatische Ursache waren nicht nachweisbar, sondern es war ein Fall von spontaner Entwickelung eines Keloids. Interessant war die zeitweise Verfärbung der Geschwulst, die bald rein weiss, bald röthlich, stark injicirt aussah und nahezu die Beschaffenheit eines erectilen Gewebes hatte, ohne dass man jedoch an Naevus oder Teleangiectasie denken konnte.

Hofrath Braun theilt einen Fall von Keloid mit, der nach dem Versuch, 2 Pigmentflecken am Hals durch Höllensteinätzung zu entfernen, aufgetreten war; die hässlichen Narben wurden von Prof. Helferich exstirpirt, doch trat, trotz erzielter prima reunio, nach 3 Monaten Recidiv auf. Eine weitere Operation wurde nicht gemacht, doch wurde durch ein paar Monate lang consequent fortgesetzte Eisumschläge Besserung erzielt.

K. k. Gesellschaft der Aerzte in Wien.

Sitzung vom 18. Januar 1889.

Vorsitzender: Prof. v. Dittel.

Docent Dr. **Adolf Lorenz: Ueber die Orthopädie der Hüftgelenks-Contracturen und Ankylosen.**

Zunächst bespricht Lorenz die Ursachen, weshalb die Coxitis fast immer mit einer Gelenks-Deformität ausheilt, und wendet sich hierauf zur Besprechung der in Uebung stehenden Operations-Methoden bei Hüftgelenks-Ankylosen. Alle diese verschiedenen Methoden haben eine feste ossäre Ankylose des Hüftlenkes zur Voraussetzung. Diese Voraussetzung trifft aber nur für einen relativ geringen Theil der Fälle zu, indem nur die Osteomyelitis der Gelenksenden, manche rheumatische Affectionen und ein sehr kleiner Procentsatz der tuberculösen Coxitis eine wirkliche Gelenksankylose zur Folge hat. Die weitaus zahlreicheren Fälle der zur Ausheilung gelangten Coxitiden erweisen sich bei näherer Untersuchung als Gelenkscontracturen, welche im Sinne der Vermehrung der fehlerhaften Gelenksstellung grössere oder geringere Beweglichkeit zeigen. Insoweit die bisherige Therapie nicht zwischen Ankylosen und Contracturen unterscheidet, ist sie lückenhaft.

Bei Voraussetzung wahrer Ankylosen bleibt zwischen der Osteotomia colli femoris und der Osteotomia subtrochanterica zu wählen. Die Vortheile und Nachtheile beider Verfahren werden von dem Vortragenden beleuchtet. In jedem Falle ist das völlige Redressement des Beines nach vollführter linearer Osteotomie unmöglich und man muss, wie die Erfahrungen der Operateure zeigen, zur keilförmigen Osteotomie oder zur vollen Resection seine Zuflucht nehmen.

Hieraus ergiebt sich der Grundsatz der üblichen Therapie, die Weichtheile auf Kosten des Scelets zu schonen, d. h. das Scelet so lange zu verkürzen, bis es der Länge der verkürzten Weichtheile entspricht und diese somit dem Redressement kein Hinderniss mehr in den Weg legen.

Dieses Princip wird von dem Redner bekämpft, vielmehr plädirt derselbe dafür, durch ausgiebige Weichtheildurchtrennungen die Eingriffe an dem Scelete möglichst einzuschränken. Bei den Contracturen genügen die Durchtrennungen der Weichtheile allein zum Redressement, bei den Ankylosen reicht man nach vorheriger ausgiebiger, offener Durchschneidung der contracten Muskeln und Fascien mit einfacher linearer Osteotomie aus. Nach Beseitigung des Widerstandes der Weichtheile können die beiden Segmente des durchtrennten Knochens in jedem beliebigen Winkel zu einander gestellt werden.

Redner schildert die Geschichte dreier von ihm operirter Fälle von Hüftgelenks-Contracturen. In allen drei Fällen handelte es sich um hochgradige Beuge-Adductionsstellung eines Oberschenkels, nach, ohne Eiterung ausgeheilter, tuberculöser Coxitis, mit pathologischer Luxation. Die Messung der fehlerhaften Beinstellung wurde von dem Vortragenden mittelst eines, bei dieser Gelegenheit demonstrirten Coxankylometers vorgenommen. In dem ersten Falle, welcher ein Mädchen von 15 Jahren betraf, wurden die contracten Weichtheile an der Beugeseite des Hüftgelenkes in offener Wunde bis auf die vordere Gelenkskapsel durchtrennt. Hautschnitt von der Spin. ant. sup. an der Vorderseite des Hüftgelenkes 5—6 cm nach abwärts. Die Durchschneidung der Weichtheile (Sartorius, Tensor fasc. latae, vorderer Rand des Ileopsoas) geschieht in querer Richtung. Im Grunde der Wunde wird die vordere Kapsel sichtbar, welche nöthigenfalls auch eingeschnitten werden kann.

Die Adductoren wurden subcutan, aber in ungenügender Weise durchtrennt, so dass schliesslich doch die Osteotomia subtrochanterica linearis zur Ausführung kommen musste. Ohne jede Schwierigkeit konnte nun das periphere Segment des Oberschenkels in die nöthige Abductionsstellung und Streckstellung überführt werden. Verlauf reactionslos. Nach sechs Wochen erster Verbandwechsel. Die Knochenwunde war vollkommen consolidirt. Die Abductionsstellung erwies sich jedoch für eine tadellose Function als zu bedeutend.

In dem zweiten Falle (10jähriger Knabe) wurden die Weichtheile an der Beugeseite des Hüftgelenkes ganz so wie

im ersten Falle durchtrennt, worauf die Beseitigung der Beugestellung vollkommen gelang. Um eine ausreichende Durchtrennung der stark verkürzten Adductoren ohne Gefahr einer Blutung ausführen zu können, wurde die Haut an der Innenseite des Schenkels von der Femorosacral-Falte nach abwärts eingeschnitten und die Musculatur in querer Richtung so weit durchtrennt, bis eine beträchtliche Abduction des Femur ermöglicht war. Hiedurch konnte von der Osteotomie völlig Umgang genommen werden. Das in der kurzen Zeit von 14 Tagen erreichte Resultat ist ein vorzügliches. Die Verkürzung von 10 cm ist durch Abduction und Beckensenkung auf 3 cm reducirt. Gymnastische Beinübungen erhalten das gewonnene Resultat und vermehren die Beweglichkeit des Hüftgelenkes.

Der dritte Fall betraf einen 26jährigen Mann mit hochgradiger Beuge-Adductions-Contractur des rechten Hüftgelenkes. Die an den beiden Darmbeinstacheln sich inserirenden Weichtheile wurden in analoger Weise wie in den früheren Fällen bis auf die vordere Gelenkskapsel durchtrennt und hierauf die subcutane Durchschneidung der Adductoren-Sehnen knapp am Schambein vorgenommen. Die Beugung liess sich dadurch vollständig, die Abduction zum grössten Theil beseitigen. Um eine ganz mässige Uebercorrectur nach der Abductionsseite zu erreichen, wurde von der vorderen Myotomiewunde aus das Femur knapp oberhalb des Trochanter minor unter Leitung des Zeigefingers mit dem Meissel linear durchtrennt, wodurch allseitige Beweglichkeit des peripheren Femursegmentes erreicht wurde. Wundverlauf vollkommen reactionslos.

Der Kranke wird demnächst vorgestellt werden. Das an den geschilderten Fällen gewonnene Resultat wird von dem Vortragenden durch Photographien und darnach angefertigte Zeichnungen illustrirt.

Zum Schlusse fasst Dr. Lorenz das Ergebniss seiner Studien und Erfahrungen in folgende Sätze zusammen:

1) Es hat bisher im Wesentlichen nur eine Therapie der Ankylosen des Hüftgelenkes gegeben. Dieselbe erreicht ein Redressement hauptsächlich auf dem Wege einer rücksichtslosen Verkürzung der Gelenksenden. Dieses Princip ist nicht zu billigen, da vorausgeschickte, offene Myotomien jedwedes Redressement knöcherner Ankylosen des Hüftgelenkes durch einfache lineare Osteotomie erreichen lassen.

2) Durch vorherige Beseitigung der von den contracten Weichtheilen gebotenen Reductions-Hindernisse wird es ausserdem möglich, die lineare Osteotomie ganz nahe dem Scheitel des winkelig-ankylotischen Gelenkes anzulegen, und somit bei noch vorhandenem Halse die Osteotomia colli femoris, oder aber die lineare Osteotomia intertrochanterica zu machen.

3) Jeder Fall von Hüftgelenksverkrümmung sollte als Contractur aufgefasst und das Redressement zunächst durch offene Myotomie angestrebt werden. Manche angenommene Ankylose wird sich dann als blosse Contractur entpuppen, zu deren Beseitigung die offenen Myotomien genügen. Handelt es sich um eine wirklich ossäre Ankylose, so kann von der vorderen Myotomie-Wunde aus die lineare Osteotomia intertrochanterica nachgeschickt werden.

4) Weitaus die meisten Fälle von Hüftgelenks-Verkrümmung sind blosse Contracturen. Zur Beseitigung derselben ist die Osteotomie zum wenigsten in jenen Fällen überflüssig, welche ohne wesentliche Zerstörung des Gelenkes, insbesondere ohne pathologische Luxation abgelaufen sind. Die offenen Myotomien ermöglichen hier eine vollkommene Stellungs-Correctur, welche allerdings durch entsprechende Abductions-Gymnastik gesichert werden muss.

5) Ist eine längere Nachbehandlung unthunlich, so empfiehlt sich nach subcutaner Trennung der Adductoren-Sehnen knapp am Schambein und offener Durchschneidung der an den Spinae ilii inserirenden Weichtheile, die lineare Osteotomia intertrochanterica von der vorderen Myotomiewunde aus, zum Zwecke der absoluten Garantie gegen die Adductions-Recidive.

6) Aus functionellen Rücksichten ist es angezeigt, nur eine ganz leichte Uebercorrectur zu machen, ohne Rücksichten auf den hiedurch eventuell nur unvollständig bleibenden Ausgleich der Beinlänge.

7) In der Therapie der Hüftgelenks-Ankylosen und -Contracturen wird im Allgemeinen der Grundsatz maassgebend sein müssen, durch rücksichtslose Trennung der contracten Weichtheile die weitgehendste Schonung des Scelettes zu ermöglichen.

(Wr. med. Pr.)

Physikalisch-medicinische Gesellschaft zu Würzburg.

(Originalbericht.)

III. Sitzung vom 19. Januar 1889.

Herr **Fick: Ueber die Anziehung des Pepsins durch Eiweisskörper.**

Schon vor einer längeren Reihe von Jahren lehrte Wittich, dass geronnenes Fibrin eine sehr grosse Anziehung auf das Pepsin ausübt. Ganz besonders geeignet, diese Thatsache zu erläutern, ist der bekannte Grünhagen'sche Versuch. Bringt man auf einen Trichter mit enger Ablauföffnung in verdünnter Salzsäure gequollene Fibringallerte, die man auf etwa 40° erwärmt hat, so wird von selbst kein Tropfen abfliessen. Bringt man jetzt aber einige Tropfen einer Pepsinlösung auf die Gallerte, so verflüssigt sich diese alsbald, so dass sie abtropft und nach wenigen Stunden die ganze Masse mit Hinterlassung geringer Reste abgeflossen ist. Es wird dies nur dadurch möglich, dass die Pepsinmolecüle, nachdem sie einen Theil des Fibrins verflüssigt haben, sich mit grosser Begierde im Vorbeisickern wieder an neue Mengen der Gallerte anhängen, um nun auf diese zu wirken.

Auf dieser Verwandtschaft von Fibrin und Pepsin beruht ja auch die Möglichkeit, das Pepsin in verschiedenen Flüssigkeiten, wie z. B. im Harn nachzuweisen.

Bei diesem Stande der Dinge lag nun die Frage nahe, ob nicht nur das Fibrin allein, sondern überhaupt alle geronnenen Eiweisskörper sich in gleicher Weise zum Pepsin verhalten.

Der Vortragende hat diesbezügliche Untersuchungen angestellt und zwar mit Muskelfleisch und dem Milchcoagulum, d. h. durch Labferment gefällten Casein.

Die Versuchsanordnung war folgende:

Die Muskeln wurden fein geschnitten und in Wasser gut ausgewaschen. Dann wurde eine gewisse Menge solcher Muskelflocken in eine Flüssigkeit gebracht, die pepsinhaltig war. Zur Controlle wurde dabei eine gleiche pepsinhaltige, jedoch nicht mit Fleischflocken versetzte Flüssigkeitsmenge behandelt. Beide Flüssigkeiten wurden nun mehrere Stunden digerirt, dann die Lösungen abfiltrirt und diese mit einer entsprechenden Menge Salzsäure versetzt, während gleichzeitig die gleichen Mengen Fibrin zugegeben wurden. Nachdem dann beide Lösungen in den Brutofen gebracht worden waren, zeigte es sich, dass in der nicht mit Fleischflocken versetzten Lösung das Fibrin nach etwa $^1/_2$ — 1 Stunde vollständig verdaut war. In der mit Fleisch beschickten Lösung war dagegen noch nach 5 — 6 Stunden das Fibrin unverdaut, ein Beweis dafür, dass die Fleischflocken der Flüssigkeit ihr Pepsin entzogen hatten. Es wurde dann in den Fleischflocken das Pepsin direct nachgewiesen, indem sie gut abgewaschen und dann in eine einfache 2 pro mille salzsäurehaltige Flüssigkeit gebracht wurden, wobei sie jetzt rasch zerfielen und verdaut wurden. Es wurden aber auch in der Lösung selbst sowohl Eiweissstoffe als Pepton nachgewiesen.

Mit flockigem Milchcoagulum hatte F. dieselben Ergebnisse, wenn es auch, ebenso wie die Fleischflocken, nicht dieselbe grosse Energie gegenüber dem Pepsin zeigte, als das Fibrin.

Diese Versuche mit dem Milchcoagulum veranlassen dann den Vortragenden noch zu einer Bemerkung über den Zweck des Labfermentes, indem aus seinen Versuchen hervorgeht, dass die Verdauung der Milch im Magen mit einem weit geringeren Verbrauch von Pepsin vor sich gehen kann, als dies ohne Labferment möglich wäre.

Herr **v. Kölliker: Demonstration einiger mikroskopischer Präparate.**

Die vorgelegten Präparate beziehen sich zunächst auf Goldpräparate der feinen Verzweigungen, mit denen die sensiblen Nerven in der Epidermis endigen. Die bezüglichen Schnitte stammten von der Haut der Fusssohle und einem Schweinsrüssel.

Weiterhin erläuterten Präparate derselben Objecte die Merkel'schen Tastzellen, andere die Intercellularräume, die sich zwischen dem geschichteten Epithel (aus der Mundhöhle eines Rindsembryo) darstellen liessen. Schliesslich zeigte noch ein Querschnitt durch einen Papillarmuskel eines menschlichen Herzens die eigenthümliche und doch constante blattförmige Gestalt der betreffenden Muskelsäulchen.

Herr **Seifert: Durchleuchtung der Gesichtsknochen und des Larynx.**

Concentrirt man in einem dunkeln Zimmer Sonnenlicht mit Hilfe eines Concavspiegels oder einer Linse auf die seitlichen Partien des Kehlkopfes (Czermak), oder lässt auf diese elektrisches Licht einwirken (Voltolini), und führt dann den Kehlkopfspiegel in gewöhnlicher Weise — aber in den dunkeln Rachenraum ein, so sieht man die einzelnen Theile des Kehlkopfes glühend durchleuchtet. Diese Untersuchungsmethode lässt sich praktisch verwenden, so zur Beurtheilung der in physiologischen und pathologischen Zuständen wechselnden Dicke der Stimmbänder, ferner zur Differenzirung gewisser Ernährungsstörungen an diesen und ebenso zur Abschätzung der Tiefe, in welcher sich etwaige Verwundungen in der Trachea befinden. Voltolini verspricht sich des weitern Vortheil von der Durchleuchtung des Kehlkopfes zur Beurtheilung von Neubildungen dieses letzteren, besonders zur Entscheidung ob etwaige Geschwülste gut- oder bösartig sind, indem man gut erkennen kann, ob sich die Geschwülste direct vom Stimmband abheben oder diffus in das Gewebe desselben hineinwachsen.

Ebenso schön, wie die Durchleuchtung des Kehlkopfes, gestaltet sich dieselbe an der Nase (Voltolini). Voltolini lässt ein Glühlämpchen in den Mund nehmen und durchleuchtet so den harten Gaumen, die Nasen- und die Gesichtsknochen, oder er führt ein Glühlämpchen hinten in den weichen Gaumen und untersucht von vorn her, oder er untersucht den durchleuchteten weichen Gaumen von der Mundhöhle aus.

Für die Praxis verspricht diese Art der Untersuchung besonderen Werth zur Erkennung von Tumoren, die sich z. B. in der Highmorshöhle entwickelt haben.

Zum Schluss demonstrirt der Vortragende die Methode, deren er sich selbst zur genannten Durchleuchtung bedient. Er führt den von Blänsdorf construirten Kehlkopfspiegel in den Mund, blendet die Lichtstrahlen mittelst einer Lederscheibe ab, erweitert den Nasengang mit einem Katz'schen Dilatator und durchleuchtet so vortrefflich die Nase und den Oberkiefer bis zum Orbitalrand. Besonders das Nasenseptum und die unteren Muscheln treten dabei auf das Deutlichste hervor.

Seifert hält die Durchleuchtung, wie er sie vorführt, für recht gut brauchbar zur Differentialdiagnose von Cysten oder Tumoren oder Empyemen der Highmorshöhle und erklärt sie jedenfalls — im Gegensatz zu Schrötter — nicht für eine elegante Spielerei. Hoffa.

VII. periodischer, internationaler Ophthalmologen-Congress zu Heidelberg.

Vom 8.—11. August 1888.

(Nach dem von Otto Becker und Wilhelm Hess zusammengestellten Bericht referirt von Dr. Rhein-Würzburg.)

(Fortsetzung statt Schluss.)

VI. Sitzung, Freitag 10. August.

Fortsetzung der Discussion über den Vortrag des Herrn Dr. Laval.

Hierauf trägt Hess (Mainz) »Experimentelles über Blitzcataract« vor. Hess liess starke Funken einer grossen Leydener Flasche auf den Kopf von Thieren wirken. Hiedurch wurde nach einiger Zeit die Bildung eines Totalkatarakt erzielt. Die wesentliche Ursache ist der ausgedehnte Untergang des Vorderkapselepithels, darnach vermehrte Flüssigkeitsaufnahme, Quellung und Zerfall der Fasern.

Bernheimer (Heidelberg): »Ueber Chiasma nervorum opticorum des Menschen.« Redner ist zufolge seiner Untersuchungen der Ansicht, dass entgegen der von Michel neuerdings vertheidigten Theorie der Totalkreuzung ein ungekreuztes Bündel in Chiasma verlaufe. Die Fasern desselben seien spärlich, vielleicht nicht vorhanden, im unteren basalen Drittel bis zur unteren Hälfte des Chiasma. Erst in der oberen Hälfte seien sicher ungekreuzte Fasern in überaus zahlreicher Menge anzutreffen.

Schmidt-Rimpler (Marburg) demonstrirt Präparate von partieller Opticus-Atrophie bei cerebraler Hemianopsie. Der rechte Hinterhauptlappen war nach Verletzung zerstört, die Hemianopsie linksseitig. Ophthalmoskopisch nichts Abnormes.

Hove (Buffalo U. S.) spricht über den Einfluss der Fliegen auf die Verbreitung der ägyptischen Augenkrankheit. Die endemische, infectiöse Augenentzündung stellt sich in Aegypten als eine acute, eiterige Conjunctivitis dar. Als Infectionsträger spielen die Fliegen eine gewichtige Rolle. Als Hauptbeweis dafür führt Redner den Umstand an, dass die Krankheit sich am stärksten ausbreite in den Monaten, in denen die Fliegen zahlreich sind und dass die Krankheit selten sei, wenn die Fliegen selten sind; ferner, dass die Krankheit hauptsächlich im Delta vorkomme.

Schneller (Danzig): »Ueber Veränderungen der Form des Auges bei Convergenz der Sehachsen und gesenkter Blickebene. Redner beschreibt ausführlich die Methode, nach der er Messungen der Hornhautradien bei verschiedenen Blickrichtungen vornahm. Er fand, dass die Hornhautradien bei Convergenz und Senkung der Blickebene theils eine messbare Zunahme zeigten, theils eine Spur davon, theils gar keine.

Weiss (Mannheim): »Zur Anatomie der Eintrittsstelle des Sehnerven.« Redner fand bei seinen Untersuchungen, dass Länge und Krümmung des Sehnerven individuell sehr verschieden sind und dass bei kurzen Sehnerven bei Bewegungen des Auges Zerrung an der Eintrittsstelle beobachtet wird. Die sogenannte Schulmyopie beruht auf einem unproportionalen Wachsthum des Auges, besonders im sagittalen Durchmesser mit Ektasie des hinteren Pols unter dem Einflusse anstrengender Nahearbeit während des Wachsthums desselben. Anstrengende Nahearbeit bedingt eventuell Druck und Zerrung am Auge; kommt noch Nachgiebigkeit der Bulbuswandung am hinteren Pol hinzu, so sind die Bedingungen für das Entstehen der Myopie gegeben.

VII. Sitzung, Samstag 11. August.

Leber (Göttingen) gibt ein Referat über die Bedeutung der Bacteriologie für die Augenheilkunde. Derselbe führt aus, dass die meisten Augenentzündungen durch Mikroorganismen auf dem Wege der ectogenen oder der endogenen Infection erzeugt werden. Unter den entzündungserregenden Pilzarten ist der Unterschied gegeben, dass manche nur auf Wunden oder im Inneren der Gewebe Entzündung erregen, andere schon auf der unverletzten Bindehaut. Zu den ersteren gehören der gelbe und weisse Staphylococcus und der pyogene Streptococcus, als Beispiel der letzteren ist der Mikrococcus der acuten Blennorrhöe zu nennen.

Bei Etablirung eines Pilzherdes auf der Cornea entsteht um denselben durch Zuwanderung von Eiterkörperchen von den Gefässen des Hornhautrandes her ein Infiltrationsring. Das Kammerwasser wird eiweiss- und fibrinhaltig und führt zahlreiche Leukocyten. Die Quelle der Eiterkörperchen im Kammerwasser ist die Iris und der vordere Theil des Corpus ciliare. Hieraus ergiebt sich, dass die in der Hornhaut entwickelten Pilze eine Fernwirkung auf die benachbarten Gewebe ausüben. Darnach ist zu schliessen, dass die Pilze entzündungserregende Stoffe hervorbringen, welche löslich und diffusionsfähig sind. Die Mikrobeninvasion in tieferen Theilen des Auges, bei nicht traumatischen Entzündungen geschieht entweder auf dem Wege des Blutstromes oder der Lymphbahnen. — Durch Fremdkörper aus Kupfer kann eine rein chemische Eiterung hervorgerufen werden.

Der Correferent Sattler (Prag) verbreitet sich über die Art der Invasion von Mikroorganismen in das Auge. Er unterscheidet 1) Krankheitsprocesse, bei denen die Krankheitserreger durch die intacte Oberfläche hindurch ihre schädigende Wirkung entfalten. Dazu gehören: die acute Bindehautblennorrhöe;

das Trachom, dessen Mikrobe noch nicht mit voller Sicherheit erkannt ist; die Croup und Diphtherie der Bindehaut, deren Erreger noch unbekannt sind; der acute, infectiöse Catarrh, 2) solche, bei welchen eine Laesio continui vorausgegangen oder gleichzeitig mit der Invasion der Krankheitskeime erfolgt sein muss: primär syphilitische Indurationen an der Bindehaut, Tuberculose der Bindehaut, Eiterungsprocesse. Es kommen auch Bacterien vor, die Eiterung hervorrufen können, doch fehlt derselben die Tendenz zu weiterer Verbreitung. Als ein Prototyp dafür gilt der Mikrococcus prodigiosus, 3) solche, bei denen der Eintritt von einer bestimmten Körperstelle stattgefunden haben mag und die betreffenden Mikroorganismen auf dem Wege des Blut- oder Lymphstromes dem Auge zugeführt wurden. Die Erreger der sympathischen Ophthalmie sind nicht Eiterbacterien. Referent hat in 2 Fällen Culturen eines Mikrococcus erhalten, die dem Staphylococcus albus ähnlich sehen, nur erscheinen die Herde mehr opak.

Chibret (Clermont-Ferrand) empfiehlt das Quecksilberoxycyanür als Antisepticum.

Deutschmann (Hamburg) spricht sich hinsichtlich der sympathischen Entzündung dahin aus, dass dieselbe überall entstehen kann, wo das erste Auge durch propagationsfähige, pathogene Mikroorganismen inficirt wurde.

(Schluss folgt.)

Deutsche dermatologische Gesellschaft.

Neunundsechzig Dermatologen aus Deutschland und Oesterreich, aber auch aus anderen Ländern, haben sich zu einer Gesellschaft vereinigt, welche zum Zwecke der Förderung der Dermatologie und Syphilidologie unter dem Namen »Deutsche dermatologische Gesellschaft« alljährlich um Pfingsten einen Congress abhalten wird.

Die Mitglieder der Gesellschaft haben bis zur definitiven Beschlussfassung durch den ersten Congress provisorische Statuten angenommen und einen Ausschuss gewählt, welcher aus den Herren: Prof. F. J. Pick (Prag) als Präsidenten, Prof. A. Neisser (Breslau) als Sekretär, Prof. E. Lipp (Graz) als Cassier, Prof. J. Caspary (Königsberg), Geh. Rath Prof. Doutrelepont (Bonn), Prof. Kaposi (Wien), Geh. Rath Prof. Lewin (Berlin), Prof. I. Neumann (Wien) bestehend, mit der Aufgabe betraut wurde, alle Anstalten zu treffen, damit der erste Congress um Pfingsten 1889 in Prag abgehalten werde.

Indem wir dies einem weiteren Collegenkreise zur Kenntniss bringen, laden wir alle Collegen, welche an der Förderung der Dermatologie Antheil nehmen, geziemend ein, der Gesellschaft beizutreten und sie durch werkthätige Betheiligung zu unterstützen.

§ 3 der Statuten besagt: Wer Mitglied werden will, wendet sich an den Vorstand (Ausschuss), welcher in geheimer Abstimmung über die Aufnahme entscheidet.

§ 4 lautet: Jedes Mitglied verpflichtet sich zu einem Jahresbeitrage von 10 Mark.

Die grosse Zahl der schon bisher beigetretenen Mitglieder, unter welchen sich die klangvollsten Namen auf dem Gebiete der dermatologischen Forschung befinden, macht es überflüssig, die Wichtigkeit und die Bedeutung einer »Deutschen dermatologischen Gesellschaft«, welche sich den schon längere Zeit erfolgreich wirkenden Congressen der Ophthalmologen, Gynäkologen etc. etc. anreiht, noch besonders hervorzuheben.

Anmeldungen zum Beitritt, sowie Zahlungen des Jahresbeitrages für 1889, bitten wir gefälligst an das Bureau der Gesellschaft (Prag, Jungmannstrasse 41) zu richten.

Prag, Jänner 1889.

Prof. A. Neisser, Secretär. Prof. F. J. Pick, Präsident. Prof. E. Lipp, Cassier.

Verschiedenes.

(Frequenz der Schweizer medicinischen Facultäten) im Wintersemester 1888/89: Basel 130 (122), Bern 230 (233), Genf 193 (129), Lausanne 35 (19), Zürich 264 (265). Gesammtsumme der Medicinstudirenden in der Schweiz im laufenden Semester: 852 (768). Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Frequenz im Wintersemester 1887/88.

Therapeutische Notizen.

(Sterilisirte Milch.) Hr. Dr. Königer in Gardone-Riviera und Lippspringe stellt uns nachstehende Mittheilung freundlichst zur Verfügung. »Im November vor. Jahres hatte ich in meinem Hause einen jungen Mann mit rapid hochfieberhaft verlaufender Tuberculose in Behandlung. Da es sich darum handelte, die Ernährung möglichst hoch zu halten und häufigere Verdauungsstörungen eintraten, war ich zuletzt auf fast reine Milchdiät gekommen. Doch auch diese gab dem Patienten Anlass zu Klagen über Magenschmerzen und Blähungen, auch waren die Fäces wechselnd und nicht gleichmässig verdaut, trotzdem die Milch sehr gut war und ordentlich abgekocht und dann gekühlt gegeben wurde.

Schliesslich kam ich auf den Gedanken, dieselbe im Soxhlet'schen Apparat zu sterilisiren. Ich hatte gerade einen im Hause ausser Thätigkeit gestellt, nachdem er bei meinem Jüngsten in gewohnter Weise ausgezeichnete Dienste geleistet. Der Erfolg war überraschend. Der Kranke nahm nicht allein die Milch von nun an sehr gerne, sondern er hatte auch nie mehr über Verdauungsstörungen zu klagen, die Ernährung machte nicht die mindesten Schwierigkeiten mehr und die Entleerungen erfolgten bis zum Tode während mehrerer Wochen in allerregelmässigster Weise. Ich habe den entschiedenen Eindruck gewonnen, dass durch die sterilisirte Milch des Soxhlet'schen Apparates in diesem Falle auch beim Erwachsenen die bereits vorhandenen abnormen Zersetzungsvorgänge im Darmcanal gehemmt und beseitigt worden sind.«

(Dr. Rotter's antiseptische Pastillen betr.) schreibt uns Herr Bezirksarzt Dr. Lochner in Schwabach: »Die Pastillen haben sich mir als Gurgelwasser für Diphtherie und sonstige Hals- und Mundkrankheiten trefflich bewährt, könnten auch bei solchen Infectionen, die vom Hals ausgehen, wie Scharlach z. B., angewendet werden. Zum Gurgelwasser liess ich mir die Pastillen Rotter's in halber Grösse anfertigen, natürlich ohne Sublimat und Carbolsäure, und lasse so eine Pastille in 1/2 Liter Wasser lösen. Mögen die Herren Collegen, die grösseres Krankenmaterial haben, den Versuch damit machen.«

(Subcutane Blutinjectionen) nach v. Ziemssen wurden von Westphalen auf der Poliklinik des Prof. Dehio in einem Falle von schwerer essentieller Anämie in Anwendung gezogen. Der Fall, der einen bereits sehr heruntergekommenen 36 jährigen Mann betraf, war vorher mit Eisen vergeblich behandelt worden; die Blutinjectionen wurden in der Weise ausgeführt, dass 150 ccm einem Studenten entnommenen Blutes defibrinirt und mittels einer 5 ccm fassenden Spitze unter die Haut beider Oberschenkel injicirt wurde, derart, dass je an einer Stelle 20—30 ccm eingespritzt wurden; hierauf energische Massage. Das Blut wurde gut resorbirt, unangenehme Nebenerscheinungen traten nicht auf, vielmehr trat eine entschiedene Wendung zum Besseren ein, die sich schon nach einer Woche in objectiver Weise durch die Zunahme der rothen Blutkörperchen von 840,000 auf 1,240,000 pro cmm äusserte und nach einem Monate einer Heilung nahezu gleichkam.

(St. Petersb. med. W. Nr. 1.)

(Zur Behandlung des eingewachsenen Nagels) empfiehlt Dr. Clemens-Frankfurt (Allg. med. C.-Ztg. Nr. 9) folgende Methode des Plombirens mit Stanniol: Nachdem der kranke Nagel durch ein Seifenbad gereinigt und gut getrocknet worden ist, wird der ganze Nagel mit einer Stanniolfolie glatt umschlagen. Ebenso wird ein dünner Stanniolstreifen in die Seite gedrückt, wo der Nagel eingewachsen war oder gewöhnlich einwachsen will. Diese Staniolstreifen werden mit einer ganz dünnen Schicht von gelbem Wachs in ihrer Lage erhalten und immer so eingerichtet, dass an allen Stellen, wo der Nagel lose das Fleisch berührt, stets eine Stanniolfolie dazwischen liegt. Das Stanniol wirkt hier durchaus nicht allein mechanisch, sondern die beständige Berührung der leicht nässenden und wuchernden Stellen mit einer Metallfolie, welche Eisen, Kupfer, Arsenik, Molybdaen, Wolfram und Wismuth enthält, trocknet in wenigen Wochen die kranken Stellen und hat einen ganz entschiedenen Einfluss auf eine bessere und langsamere Entwickelung des kranken Nagels. Die frische Plombirung und Verpackung des kranken Nagels mit neuem Stanniol ist in den ersten Wochen dieser Behandlung in 8—10 Tagen höchstens 3 mal nothwendig. Fussbäder sind während dieser Behandlung verboten und nur eine Abreibung der Füsse mit trockener Weizenkleie zur Reinigung erlaubt.

(Salol bei Hals- und Ohrenkrankheiten.) Max Thorner in Cincinnati hat Salol mit gutem Erfolge bei acuter Pharyngitis, namentlich derjenigen rheumatischen Ursprungs, ferner bei Tonsillitis follicularis und parenchymatosa angewandt. In allen Fällen wurden die subjectiven Symptome bald gebessert, das Schlucken ging oft schon nach 2 Dosen ohne Schmerzen vor sich, und die gegen Abend sich einstellende Ruhelosigkeit machte meistens ruhigem Schlafe Platz. In Fällen von Torticollis rheumatica verschwand der Schmerz in den Halsmuskeln bald und der steife Hals war innerhalb 18—24 Stunden wieder gut beweglich.

In Fällen von Otalgia nervosa ohne Complicationen bewährte sich Salol gleichfalls. Auch in einem Falle von chronischer Otitis media purulenta, in welchem die Patientin an hartnäckigen, reissenden Schmerzen in und hinter den Ohren litt, trat die schmerzlindernde Wirkung des Salols nach zweitägigem Gebrauche ein.

Die Dosen waren 0,5 bis 1,0 drei bis vier Mal täglich. Von localer Anwendung als Gurgelwasser in 6 proc. alkoholischer Lösung hat Verfasser keinen Vortheil gesehen. (Mon. f. Ohrenhlk. Nr. 1.)

Tagesgeschichtliche Notizen.

München, 5. Februar. Der diesjährige Congress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wird dem Vernehmen nach am 23. April in Berlin seinen Anfang nehmen.

— Die Hufeland'sche Gesellschaft in Berlin hat nunmehr ihre Verschmelzung mit der Gesellschaft für Heilkunde in der Weise vollzogen, dass die Mitglieder der letzteren in die erstere eingetreten sind, so dass die Hufeland'sche Gesellschaft fortbesteht. Prof. Liebreich wurde zum 1. Vorsitzenden erwählt. Die einst hochangesehene Hufeland'sche Gesellschaft war bekanntlich der Auflösung nahe; ihre Neu-Organisation wurde veranlasst durch das ihr im vorigen Jahre zugefallene bedeutende Vermächtniss des portugiesischen Arztes Alvarenda da Costa.

— Eine Anzahl Pester Universitäts-Professoren hat einen Aufruf erlassen zur Sammlung von Beiträgen für die Errichtung eines Denkmals für den verstorbenen Unterrichtsminister August Trefort, den Schöpfer der zahlreichen neuen wissenschaftlichen Unterrichtsanstalten Budapests.

— Der Verbandstoff-Fabrik von Emil Schäfer in Chemnitz wurde auf der Ausstellung in Melbourne der erste Preis für chirurgische Verbandstoffe zuerkannt.

(Universitäts-Nachrichten.) **Berlin.** Oberstabsarzt Dr. Grassnick ist zum Generalarzt und Subdirector des medicinisch-chirurgischen Friedrich-Wilhelms-Instituts ernannt worden. — **Bologna.** Prof. Alfonso Poggi wurde zum ordentlichen Professor der speciellen chirurgischen Pathologie und der propädeutischen Klinik ernannt. — **Prag.** Der I. Assistent am anatomischen Institut, Dr. H. Rex, hat sich als Privatdocent an hiesiger Universität habilitirt. — **Strassburg.** Prof. Naunyn hat sich, in der Reconvalescenz von einer Pneumonie, zu längerem Aufenthalt nach dem Süden begeben; Dr. Minkowski vertritt denselben in der Klinik. — **Tübingen.** Zur Neubesetzung der durch Ziegler's Berufung nach Freiburg erledigten Professur für pathologische Anatomie hat die medicinische Facultät folgende Vorschläge gemacht: pr. loco Baumgarten (Königsberg), sec. l. Weigert (Frankfurt), tert. l. Boström (Giessen), quart. l. Nauwerck (Tübingen). — Prof. Eimer wurde zum Director des naturhistorischen Museums in Hamburg erwählt.

(Todesfall.) In Nürnberg starb am 29. v. M. Dr. med. Aug. Kreitmair im Alter von 71 Jahren. Derselbe war ein in weitesten Kreisen angesehener Arzt, insbesondere Augenarzt und spielte früher auch im politischen Leben der Stadt Nürnberg als Führer der Fortschrittspartei eine grosse Rolle.

In Hanau starb am 30. Januar Sanitätsrath Dr. Noll, ein ebenso hochgeachteter Bürger wie beliebter Arzt. Der Verblichene war eine lange Reihe von Jahren Director des Hanauer Landkrankenhauses und es ist namentlich seiner fortgesetzten eifrigen Thätigkeit und Fürsorge zu verdanken, dass dasselbe auf seiner jetzigen musterhaften Höhe steht; ebenso hat er viele Jahre als Mitglied des engeren Ausschusses und als Vorstand verschiedener wissenschaftlicher und gemeinnütziger Gesellschaften für das Wohl der Stadt Hanau hervorragend gearbeitet.

Personalnachrichten.

(Bayern.)

Verzogen. Dr. Jakob Sölch aus Breitenbrunn, Bezirksamts Parsberg, nach Lauingen, Bezirksamts Dillingen.

Niederlassung. Dr. Karl Schuch aus Viechtach in Schweinfurt.

Wohnsitzverlegung. Dr. Adolph Stiefel von Schweinfurt nach Unsleben.

Verabschiedet. Der Stabs- und Bataillons-Arzt Dr. Uibeleisen des 2. Jäger-Bataillons, unter gebührenfreier Verleihung des Charakters als Oberstabsarzt II. Cl. mit Pension und mit der Erlaubniss zum Tragen der Uniform.

Gestorben. Dr. med. Adam Bernreuther in Würzburg; Dr. August Kreitmair in Nürnberg.

Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 4. Jahreswoche vom 20. bis 26. Januar 1889.

Brechdurchfall 8 (13*), Cholera asiatica — (—), Diphtherie, Croup 90 (98), Erysipelas 19 (15), Intermittens, Neuralgia interm. 1 (5), Kindbettfieber 3 (3), Meningitis cerebrospin. — (—), Morbilli 225 (274), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 2 (8), Parotitis epidemica 9 (9), Pneumonia crouposa 27 (26), Pyaemie, Septicaemie 4 (1), Rheumatismus art. ac. 35 (38), Ruhr (dysenteria) 1 (—), Scarlatina 23 (29), Tussis convulsiva 21 (15), Typhus abdominalis 4 (4), Varicellen 26 (30), Variola, Variolois 1 (—). Summa 499 (568). Dr. Aub, k. Bezirksarzt.

Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 4. Jahreswoche vom 20. bis incl. 26. Januar 1889.

Bevölkerungszahl 281,000.

Zymotische Krankheiten: Pocken — (—*), Masern und Rötheln 7 (15), Scharlach 4 (4), Diphtherie und Croup 13 (21), Keuchhusten — (2), Unterleibstyphus 3 (—), Flecktyphus — (—), Asiatische Cholera — (—), Ruhr — (—), Kindbettfieber 1 (1), andere zymotische Krankheiten 1 (—).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 169 (173), der Tagesdurchschnitt 24.1 (24.7). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 31.3 (32.0), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 23.1 (22.9), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 20.8 (17.1).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

Literatur.

(Der Redaction zur Recension eingegangen.)

Seifert und Müller, Taschenbuch der medicinisch-klinischen Diagnostik. V. Auflage Wiesbaden, 1889.

Schub, Beitrag zur Kenntniss des Phenacetin als Nervinum. Inaug.-Diss. praes. Leube. Würzburg, 1888.

Just, Ueber die Verbreitung der melanotischen Geschwülste im Lymphgefässsystem. Inaug.-Diss. praes. v. Recklinghausen. Hamburg, 1888.

Eulenburg, Zur Symptomatologie und Therapie der Basedow'schen Krankheit. S.-A.: Berl. klin. W., Nr. 1.

Roosa, Lehrbuch der praktischen Ohrenheilkunde. Nach der 6. Auflage des Originals bearbeitet von Weiss. Mit 77 Holzschnitten. Berlin, 1889.

Gerhardt, Heilkunde und Pflanzenkunde. Rectoratsrede. Berlin, 1889.

Steffen, Klinik der Kinderkrankheiten. III. Band. Krankheiten des Herzens. Mit 52 Holzschnitten. Berlin, 1889.

Pacinotti, Pathologia chirurgica delle terminazioni nervose nella mammella. S.-A.: Arch. per le sc. med. Vol. XII.

Vogl, Zur Typhus-Therapie. S.-A.: D. med. W. Nr. 48 u. 49, 1888.

— —, Der Typhus im Münchener Garnisonslazareth unter dem Einfluss der methodischen Bäderbehandlung. S.-A.: D. Archiv f. kl. Med. Bd. 43 u. 44.

Schmid, H., Zur Statistik der Totalexstirpation des Kehlkopfes im functionellen Sinne: Laute, verständliche Sprache. S.-A.: Langenb. Arch. Bd. 38.

Landois u. Strübing, Erzeugung einer (natürlichen) Pseudostimme bei einem Manne mit totaler Exstirpation des Kehlkopfes. S.-A.: Langenb. Arch. Bd. 38.

Döderlein u. Günther, Zur Desinfection des Geburtscanales. S.-A. Arch. f. Gyn. Bd. 34.

Döderlein, Ueber inneres Erysipelrecidiv nach monatelanger Latenz in Folge einer Frühgeburt. S.-A. Verhandl. der D. Gesellschaft f. Gyn. 1888.

Schuchardt, Mittheilungen über neuere Arzneimittel. S.-A. Thüring. Corr.-Bl. 1888, Nr. 12.

Verlag von Jos. Ant. Finsterlin in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.